

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Sollten die umseitig aufgeführten Erkrankungen in einzelnen Punkten Fragen aufweisen, werden wir diese im folgenden Gespräch gemeinsam erörtern. Zudem sollten Sie sich die Erläuterungen auf dieser Seite in Ruhe durchlesen und unsere Fragen beantworten.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:

(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

Versicherter:

(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

gesetzlich versichert privat versichert _____
(Versicherung)
 private Zusatzversicherung beihilfeberechtigt

Anschrift:

(Straße, Hausnummer) (PLZ) (Ort)

Telefon:

E-Mail:

Beruf:

Arbeitgeber:

Notfallkontakt:

Ihr Anliegen:

1 Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen? ja nein **3** Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen? ja nein

2 Bemerkten Sie Zahnfleischbluten/-schwund? ja nein **4** Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen? ja nein

Ziehen Sie eine schmerzfreie Behandlung unter örtlicher Betäubung einer Behandlung ohne örtliche Betäubung vor? ja nein

ACHTUNG!

Bitte beachten Sie, dass die Teilnahme am Straßenverkehr durch Betäubungsspritzen und Medikamente beeinträchtigt werden kann!

Wünschen Sie insbesondere über unser Individualprophylaxe-Programm informiert zu werden? ja nein

Wünschen Sie eine regelmäßige Erinnerung an einen Untersuchungstermin?
(u.a. wichtig für die Zuschußhöhe Ihrer Krankenkasse zum Zahnersatz) ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Google/Internet Jameda Empfehlung durch/Sonstiges _____

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Hausarzt: Wer ist Ihr Hausarzt? _____
Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, warum? _____

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Allergien: Auf welche Materialien reagieren Sie allergisch? _____
Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)? ja nein
Herzasthma, Angina pectoris? ja nein
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ja nein
Sonstiges? _____

Kreislaufferkrankungen: Zu hoher Blutdruck? ja nein
Zu niedriger Blutdruck? ja nein
Hatten Sie einen Herzinfarkt? ja nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein
Sonstiges? _____

Vegetative Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle? ja nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein
Sonstiges? _____

Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein
Schilddrüsenerkrankung? ja nein
Magen- Darmerkrankungen? ja nein
Sonstiges? _____

Erkrankung des Nervensystems: Epileptiforme Anfälle? ja nein
Krämpfe? ja nein
Sonstiges? _____

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)? ja nein
Blutarmut (Anämie)? ja nein
Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/ Gelbsucht (Hepatitis A/B)? ja nein
Tuberkulose? ja nein
Chronische Erkrankung der Atemwege, Husten, etc.? ja nein
Aids-Test durchgeführt? ja nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
Sonstiges? _____

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Röntgen: Wurden im letzten Jahr Aufnahmen vom Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? ja nein
Wenn ja, wo? _____

Schwangerschaft: Sind Sie aktuell schwanger? ja nein
Wenn ja, in welchem Monat? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben vollständig und wahr sind. Die Informationen habe ich gelesen und verstanden.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben umgehend mit!

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)