



Liebe Patientin / Lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe um Ihre zahnmedizinischen Wünsche kümmern, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Da auch Allgemeinerkrankungen Auswirkung auf die zahnärztliche Behandlung haben können.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Zur Abrechnung der Krankenkassenleistungen benötigen wir Ihre Chipkarte, andernfalls müssen wir Ihnen die Behandlung privat in Rechnung stellen. Sollten sie Ihre Chipkarte vergessen haben, dann reichen Sie diese bitte schnellstmöglich nach Absprache nach.

Persönliches:

Name \ Vorname:

Geburtsdatum:

Straße \ Nr:

PLZ \ Ort:

Telefon:

E-Mail:

Zutreffendes bitte ankreuzen

Zahnzusatzversicherung

Warum suchen Sie uns? Wünschen Sie eine\ n:

- Routinekontrolle neuen Zahnersatz
 Beratung zweite Meinung
 Schmerzbehandlung andere Gründe:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie eine\ n:

- Herzklappenentzündung
 Herzschrittmacher
 Angina Pectoris
 Herzinfarkt

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der\ des:

- Herzen oder Kreislaufs
 Leber
 Nieren
 Schilddrüse
 Magen-Darm-Traktes
 Gelenke
 Wirbelsäule

Welche Medikamente nehmen Sie?

- Herzmedikamente Antidepressiva
 Schmerzmedikamente Cortison (Kortikoide)
 blutverdünnende Med.
 sonstige Medikamente

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

- Ja Nein

Haben oder hatten Sie...

- Bluthochdruck Rheuma
 niedrigen Blutdruck Tuberkulose
 Diabetes HIV (Aids)
 Tinnitus Epilepsie

Wenn ja, welche:

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?

- Ja Nein



1

Haben Sie akute Schmerzen?

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerzen
- Zähne reagieren auf süß\sauer
- Zähne sind temperaturempfindlich
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen\Kiefergelenkschmerzen
- Knirschen Sie mit den Zähnen

Zum Schluss:

- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet
- Rauchen Sie?
- Konsumieren Sie Drogen?
- Allergien Ja Nein
- Wenn ja, welche
- Sonstige Erkrankungen:

Was sollen wir bei der Behandlung berücksichtigen

- Starker Würgereiz
- örtl. Betäubung (Spritze)
- Amalgamsanierung
- Implantatversorgung
- Bleaching
- Angst
- Laser-Behandlung
- Professionelle-Zahnreinigung
- Zahnfarbene Füllungen

Möchten Sie per E-Mail an die regelmäßige Kontrolluntersuchung erinnert werden

- Ja Nein

Hinweise zur Organisation:

Sie können einen Termin nicht halten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24h vorher ab.

Wenn Ihnen kurzfristig auffällt, dass Sie den Termin nicht wahrnehmen können, dann sagen Sie bitte vorher telefonisch Bescheid!

Bei länger eingeplanten Sitzungen, die von Ihnen nicht abgesagt wurden, stellen wir diese für Sie reservierte Zeit in Rechnung.

Vielen Dank!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)