



Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße		PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	Telefon Arbeit	Beruf

Versicherung

Name der Krankenkasse bzw. der privaten Krankenversicherung

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung Beihilfeberechtigt

Bei Familienversicherung abweichende Angaben des Versicherten/Zahlungspflichten

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden

Persönliche Empfehlung durch _____ Sonstiges: _____

Allgemeine Gesundheitssituation

Hoher Blutdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Diabetes	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Magen-Darmerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Epileptische Anfälle	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Asthma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Osteoporose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			

Sonstiges: _____

Herzerkrankungen

Endokarditis	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Zustand nach Herzinfarkt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Angina pectoris	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Angeborener Herzfehler	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Infektionskrankheit

Hepatitis A / B / C ja Hep: _____ nein

HIV (Aids) ja nein MRSA ja nein

Allergien

Besitzen Sie einen Allergiepass ja Bitte vorlegen nein

Penicillin-Überempfindlichkeit ja nein

Sonstiges: _____

Medikamenteneinnahme

Marcumar ASS Heparin Plavix Bisphosphonat

Sonstiges: _____

Allgemeine Fragen

Stehen Sie in ärztlicher Behandlung? ja nein Behandelnder Arzt: _____

Sind Sie frisch operiert worden? ja nein _____

Wurden Sie wegen eines Tumors behandelt? ja nein _____

Leiden Sie manchmal unter dem Gefühl einen unangenehmen Atem zu haben? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Wann wurden Sie das letzte Mal im Mundbereich geröntgt? _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Spritzen aufgetreten? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, in welcher Woche? _____

Stillen Sie? ja nein

**Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit.
Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.**

Achtung:

**Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können (pro ½ Stunde € 50,-).
Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.**

Datum: _____

Unterschrift: _____