

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Vor Behandlungsbeginn benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

**Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

Patient \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.datum \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Hauptversicherter \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.datum \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_

Anschrift  
(falls abweichend) \_\_\_\_\_  
Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_  
privat \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Versicherung \_\_\_\_\_ gesetzlich  privat

Basistarif  anderer besonderer Tarif? \_\_\_\_\_

Beihilfe  Zahnzusatzversicherung

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Wünschen Sie von uns an regelmäßige  
Kontrolluntersuchungen erinnert zu werden (Recall)?** Ja  Nein

per Post  per E-Mail  per Anruf

**Für Kassenpatienten:** Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt Sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

**Bitte Rückseite beachten**

## Fragebogen zum Gesundheitszustand

ärztliche Behandlung Befinden Sie sich zur Zeit in ärztl. Behandlung? Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Wenn ja, wegen welcher Behandlung?

Hausarzt/ Facharzt

\_\_\_\_\_  
Name, Adresse, Tel.-Nr.

### Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit/ Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma/ Gelenkerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verlängerte Blutungszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Engwinkelglaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- Darm- Trakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung/Bestrahlung/		
Herz- Kreislauf- Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankung/Verletzung/OP		
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	im Kopf-Hals-Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/ Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis/-prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diagnostizierte Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

### Nehmen Sie Medikamente ein?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	blutverdünnende Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(z.B. Marcumar, ASS)		
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

\_\_\_\_\_  
Welche anderen Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

**Haben Sie Allergien, welche?** \_\_\_\_\_ Ja  Nein

**Haben Sie eine Pflegestufe, welche?** \_\_\_\_\_ Ja  Nein

**Besteht eine Schwangerschaft?** \_\_\_\_\_ Ja  Nein

**Rauchen Sie?** \_\_\_\_\_ Ja  Nein

**Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?** \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ich bestätige, alle Angaben nach besten Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift