



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient! Herzlich willkommen in unserer Praxis!
Wir bitten Sie um folgende Angaben, die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen

Patientin/Patient					
Herr/Frau/Kind	Name	Vorname	geb.		
Anschrift	Straße	Nr.	Telefon		
	Postleitzahl	Ort			
Versicherter (wenn nicht Patient)					
Herr/Frau/Kind	Name	Vorname	geb.		
Anschrift	Straße	Nr.	Telefon		
	Postleitzahl	Ort			
Beruf		Tagsüber erreichbar Tel./Handy			
Krankenkasse		freiwillig <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/>			
Hausärztin/Hausarzt		Vorheriger Zahnärztin/Zahnarzt			
Empfohlen/Aufmerksam geworden durch					
Lagen oder liegen bei Ihnen folgende Erkrankungen vor?					
	Ja	Nein			
Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beobachten Sie Geräusche im		
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiefergelenk- und/oder Ohrbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen/-gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaukom (Grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologische Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einer HIV-Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie Schwanger? (vor jeder Behandl. angeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ggf. welche		
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Penicillinallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kopfschmerzen, z.B. Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien:		

Vielen Dank für Ihre Angaben. Die Angaben zur Person und die Behandlungsdaten werden in unserer Praxis EDV gespeichert. Ich habe gegen diese Maßnahme keine Einwände.

Gern nehmen wir uns viel Zeit für Ihre Behandlung und reservieren diese für Sie. Dadurch können wir Ihnen Wartezeiten ersparen. Wenn Sie verhindert sind, verschieben Sie Ihren Termin bitte **mind. 24 Std.** vorher. Wir behalten uns vor, Ihnen nicht eingehaltene Termine in Rechnung zu stellen. Ich bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum

Unterschrift

Name

Vorname

geb.

Was ist der Grund für Ihren Praxisbesuch

Haben Sie Angst vor einer Behandlung

Was können wir tun, damit Sie sich wohl fühlen

Wie schätzen Sie Ihre Zahngesundheit ein

Ist der Gedanke, irgendwann eine Prothese tragen zu müssen, unangenehm für Sie

Gefallen Ihnen Ihre Zähne (Was stört Sie daran)

Wie wichtig ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne

Ist es für Sie wichtig, weiße Zähne zu haben

Welchen Stellenwert hat Qualität für Sie

Betreiben Sie bereits systematisch häusliche Mundhygiene oder Prophylaxe

Sind Sie daran interessiert, über fortschrittliche Behandlungsmethoden informiert zu werden ja nein

- Wenn ja:
- Karies- und Parodontoseprophylaxe
 - Implantate
 - Zahnfarbene Füllungen
 - Zahnaufhellung (Bleaching)
 - Ersatz von Amalgamfüllungen (evtl. inklusive Quecksilberausleitung)
 - Parodontosebehandlung ohne Skalpell (Slimline-Methode)
 - Sonstiges :