



Liebe Patientin, Lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab. Kommen sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen in unsere Praxis, müssen sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/r Patient/in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung.

Patient/in

Name	Vorname	geb. am	Telefonnummer
E-Mail-Adresse	Beruf	Geburtsort	Pflegegrad, wenn vorhanden

Gesundheitsfragebogen:

Für Ihr Karteiblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie meiner Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

	ja	nein	wenn ja, wann / seit wann?
Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?			
Asthma / COPD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welcher Typ?.....
Bluterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV-Infektion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-, Darm-, Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leberkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welcher Typ?.....
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einnahme/Injektion BISPHOSPHONATE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parkinson	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebs- / Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Operation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chemotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestrahlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endokarditis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bypass/Stent/Aortenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ggf. Wert.....
Grüner Star (Glaukom, erhöhter Augeninnendruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenkersatz (Hüfte, Knie ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen/Geräusche im Kiefergelenk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte wenden!



	ja	nein	
Sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche?.....
Frühere Operationen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche und wann?
Allergische Reaktionen / Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche?

HAUSARZT:

Behandelnde FACHÄRZTE:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente und/oder Nahrungsergänzungsmittel ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche und zu welcher Tageszeit?
--	-----------------------	-----------------------	---

Falls vorhanden, legen Sie uns bitte den Ausdruck Ihres Hausarztes vor. Danke!

Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, wievielte Woche? <input type="radio"/> ungewiss
-------------------------------	-----------------------	-----------------------	---

Sind Sie Raucher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, Anzahl Zigaretten pro Tag?
-------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------------------------

Haben Sie in der Vergangenheit geraucht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, wann haben Sie aufgehört?
--	-----------------------	-----------------------	------------------------------------

Nehmen Sie aktuell Drogen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche?
----------------------------	-----------------------	-----------------------	------------------

Haben Sie in der Vergangenheit Drogen genommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, wann haben Sie aufgehört?
---	-----------------------	-----------------------	------------------------------------

Sind Sie trockener Alkoholiker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
---------------------------------	-----------------------	-----------------------	--

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine professionelle Zahnreinigung (PZR) durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
--	-----------------------	-----------------------	--

Das ist mir noch wichtig bzw. das sollte meine Zahnärztin / mein Zahnarzt noch wissen:

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

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r