

Herzlich willkommen
in unserer Praxis!

Ihr Name _____ geb. am _____ Tel. _____
(Name, Vorname)

Versicherter _____ geb. am _____ Tel. _____
(Name, Vorname, falls von obiger Person abweichend)

Straße _____ PLZ, Ort _____

Arbeitgeber _____ Tel. _____ Krankenkasse _____

Beruf _____

- privat versichert
- private Zusatzversicherung
- Beihilfeversichert
- freiwillig versichert
- pflichtversichert

Empfohlen von:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und eine fachgerechte medizinische Behandlung notwendig. Sollten Sie Rückfragen bei der Beantwortung haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Nach einer Behandlung unter Anästhesie können Sie in Ihrer Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein

- Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an
- | | ja | nein | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Haben Sie zu hohen Blutdruck? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| • Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| • Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wenn ja, welche _____ |
| • Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden:

- Erkrankungen des Blutes (z.B. Gerinnungsstörung) ja nein Wenn ja, welche _____
- Allergien ja nein Wenn ja, welche _____
- Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Asthma ja nein
- Nervenerkrankung ja nein
- Nierenerkrankung ja nein

ja nein

- Rheuma ja nein
- Anfallsleiden ja nein
- Magen-/Darmerkrankung ja nein
- Immunschwäche (z.B. AIDS) ja nein
- Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? ja nein Wenn ja, welche _____
- Hatten Sie Reaktionen auf Spritzen? ja nein Wenn ja, welche _____
- Bestehen z.Z. sonstige Erkrankungen? ja nein Wenn ja, welche _____
- Welche Medikamente nehmen Sie z.Z. ein? ja nein Wenn ja, welche _____
- Hatten Sie Gelbsucht? ja nein
- Für Patientinnen: sind Sie schwanger ? ja nein

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt/Internist?

Name _____

Adresse _____

Tel _____

Wurde bei Ihnen in letzter Zeit eine Großröntgenaufnahme gemacht?

(Großröntgenaufnahmen zeigen den gesamten Kieferbereich und decken evtl. Nebenbefunde auf, die eine erfolgreiche Behandlung verhindern könnten.)

ja nein

Sind Sie damit einverstanden, daß wir Sie an Ihren halbjährlichen Zahnarztbesuch über Ihre E-Mail erinnern (Recall-System)?

ja nein

Wenn ja, bitte E-Mail angeben:

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß im Falle einer prothetischen Versorgung (Zahnersatz) eine Bonitätsprüfung durchgeführt werden kann.

Datum _____

Unterschrift _____