



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

das Team der „Praxis für Zahnheilkunde“ heißt Sie herzlich willkommen. Besonders in der Medizin hat der Satz: „Kein Mensch ist wie der Andere!“ seine Gültigkeit. Damit wir unserem Anspruch der individuellen Behandlung und Betreuung jedes Patienten möglichst umfassend gerecht werden können, möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand und Ihren Wünschen anzupassen.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
Geschlecht  w  m

Straße. Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse / Versicherung \_\_\_\_\_

- Gesetzlich versichert
- Zusatzversicherung
- Privat versichert
- Privat versichert – im Basistarif
- Beihilfeberechtigt

Hausarzt – Name, Adresse, Telefon \_\_\_\_\_

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben des Zahlungspflichtigen ergänzen:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
Geschlecht  w  m

Straße. Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum \_\_\_\_\_ Erziehungsberechtigter \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:**

#### Gesundheitsstand

##### Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

	Bitte ankreuzen		Zusätzliche Informationen
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Herzerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Herzoperation	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
andere: _____			

##### Infektionserkrankungen:

HIV	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Hepatitis	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Tuberkulose	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
andere: _____			



**Allergien / Unverträglichkeiten:**

- Lokalanästhetika  Ja  Nein  
Schmerzmittel  Ja  Nein  
Antibiotika  Ja  Nein  
andere: \_\_\_\_\_

**Weitere Erkrankungen:**

- Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein  
Chronische Erkrankung der Atemwege  
(z. B. Asthma, Lungenerkrankung)  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein  
Rheuma/Arthritis/Gicht  Ja  Nein  
Epilepsie  Ja  Nein  
Diabetes  Ja  Nein  
Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein  
Osteoporose  Ja  Nein  
Magen-, Darmerkrankung  Ja  Nein  
Hormontherapie  Ja  Nein  
psychosomatische Erkrankung  Ja  Nein  
Glaukom (Grüner Star)  Ja  Nein  
Chemo-, Strahlentherapie  Ja  Nein  
Ohnmachtsneigung  Ja  Nein  
andere: \_\_\_\_\_

Wenn ja,  Typ I  Typ II

**Allgemeine Angaben:**

- Drogenkonsum  Ja  Nein  
Alkoholgenuss  Ja  Nein  
Raucher  Ja  Nein  
Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein

Wenn ja,  selten  oft  regelmäßig

Wenn ja,  0–10  über 10 Zig. / Tag

Wenn ja, seit wann / Name: \_\_\_\_\_

Frühere Röntgenuntersuchung der Zähne in den letzten 12 Monaten?  Ja  Nein

Schwangerschaft  Ja  Nein

Wenn ja, welcher Monat: \_\_\_\_\_

Falls Zahnersatz vorhanden ist, wie alt ist er? \_\_\_\_\_

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden?  Ja  Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

**Wichtige Informationen**

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die gedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Wir möchten Sie bitten, pünktlich zu den vereinbarten Terminen zu erscheinen, um unnötige Verzögerungen im Praxisbetrieb zu vermeiden und bei der Verhinderung rechtzeitig, wenn möglich 24 Stunden vorher, abzusagen.

Vielen Dank.

\_\_\_\_\_  
Datum      Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter