



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in meiner Praxis!

Zunächst erbitte ich einige Informationen für die Administration. Falls Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, geben Sie diese bitte am Empfang ab. Damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können, ist es wichtig, daß Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht, an die wir - das ganze Praxisteam - gebunden sind.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Name, Vorname des Patienten _____

Geburtsdatum _____

Name, Vorname des Versicherten _____

Anschrift, Telefon _____

Krankenkasse, Privatversicherung _____

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? Wo? _____

Möchten Sie regelmäßig an Ihren nächsten Kontrolltermin erinnert werden? Ja Nein

Wünschen Sie über unser Prophylaxe - Programm (Professionelle Zahnreinigung) informiert zu werden? Ja Nein

Wünschen Sie von uns über neue und bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden? Ja Nein

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? (Bitte Zutreffendes unterstreichen)

Ja / Nein	Allergie (welche)	Ja / Nein	Rheumatoide Arthritis
Ja / Nein	Anfallsleiden (Epilepsie)	Ja / Nein	Schilddrüsenerkrankung
Ja / Nein	Atemwegserkrankung (welche)	Ja / Nein	Zahnfleischbluten
Ja / Nein	Blutgerinnungsstörung		
Ja / Nein	Diabetes (welcher Typ)		sonstige Erkrankungen:
Ja / Nein	Glaukom (erhöhter Augendruck)		
Ja / Nein	Hämatologische Erkrankung		
Ja / Nein	Herz- Kreislauferkrankungen (Herzinfarkt, -rhythmusstörung, -klappenfehler oder - ersatz, - schrittmacher, Angina pectoris, Apoplex)	Ja / Nein	Haben Sie Angst vor der Behandlung?
Ja / Nein	Hypertonie / Hypotonie	Ja / Nein	Stimmen Sie - falls erforderlich - einer Röntgendiagnose zu?
Ja / Nein	Infektionserkrankung (Hepatitis, HIV, Tbc o.a.)	Ja / Nein	Besteht eine Schwangerschaft?
Ja / Nein	Lebererkrankung	Ja / Nein	Nehmen Sie Medikamente?
Ja / Nein	Niereninsuffizienz	Ja / Nein	Nehmen Sie Bisphosphonate?

Datum, Unterschrift _____

Achtung! Durch Betäubungsspritzen kann die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt werden!