



Herzlich willkommen in unserer Praxis

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, denn auch allgemeine Erkrankungen und Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:

Name: Vorname: Geburtsdatum/Ort:

Versicherter:

Name: Vorname: Geburtsdatum/Ort:

Straße: PLZ: Ort:

Krankenkasse:

Telefon tagsüber: Mobil:

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt?* Ja Nein

*) Die Liquidation erfolgt nach §§ GOÄ §§ GOZ. Eine Behandlung mit Begrenzung des Steigerungsfaktors ist nicht möglich.

Wie möchten Sie an wichtige Termine (Vorsorgeuntersuchung, Prophylaxe) erinnert werden?

Per SMS Per Brief Per E-Mail, E-Mail-Adresse:

Allgemeine Gesundheitssituation:

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, weshalb?

Hauszahnarzt und Hausarzt:

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Allergien: Ja Nein Wenn ja, welche?

Herzerkrankungen:

Besitzen Sie einen Herzpass? Ja Nein
Herzschwäche (Insuffizienz) Ja Nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) Ja Nein
Herzklappenersatz, Herzklappenentzündung Ja Nein
Herzschrittmacher Ja Nein

Kreislaufkrankungen:

Zu hoher Blutdruck Ja Nein
Zu niedriger Blutdruck Ja Nein
Herzinfarkt Ja Nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung (Über- oder Unterfunktion) Ja Nein
Osteoporose Ja Nein

Infektionserkrankungen:

Hepatitis (A / B / C / ...) Ja Nein
HIV / AIDS Ja Nein

Sonstige Erkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie) Ja Nein
Epilepsie, Glaukom Ja Nein
Asthma Ja Nein
Tumor (Krebs) Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung Suchmaschine (z.B. Google) Druckmedien Werbeschild

Die vereinbarten Termine sind speziell für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, mindestens jedoch 24 Stunden vorher abzusagen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Die enthaltenen Fragen habe ich gewissenhaft beantwortet. Die Angaben sind vollständig und richtig. Unsicherheiten habe ich an Ort und Stelle vermerkt.

Datum

Unterschrift des Patienten