

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein Basistarif ja nein

Zusatzversicherung ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Haben Sie einen Pflegegrad? ja, Pflegestufe: _____ nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Kostenhinweis

Wie allgemein üblich, berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der Steigerungssätze der GOZ.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon / Branchenbuch Zeitungsanzeige

Überweisung von _____

Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____

Möchten Sie von uns per Post, Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

- bitte wenden -

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- Herzens oder Kreislaufs ja nein
Leber ja nein
Nieren ja nein
Schilddrüse ja nein
Magen-Darm-Traktes ja nein
Gelenke (Rheuma) ja nein
Wirbelsäule ja nein

Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck ja nein
niedrigen Blutdruck ja nein
Diabetes ja nein
Zahnfleischbluten ja nein
Ohrensausen / Tinnitus ja nein
Epilepsie ja nein
Grünen Star ja nein
Tuberkulose ja nein
Osteoporose ja nein
HIV (Aids) ja nein
Hepatitis ja nein
Wenn ja, welcher Typ? A B C
Allergien ja nein
Wenn ja, wogegen? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie eine/n ...

- Herzklappenentzündung Angina Pectoris
 Herzschrittmacher Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
 Schmerzmittel Antidepressiva
 blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS
 Bisphosphate andere Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen

Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein

Wenn ja, gegen welche? _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?

Fragen / Anmerkungen:

Datum

Unterschrift