

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahn-/medizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: _____

geb. am _____ Geburtsort _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert? ja nein

Freiwillig versichert? ja nein

Privat zahnärztlich zusatzversichert? ja nein

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Basisbedarf? ja nein

Studentisch versichert? ja nein

Beihilfeberechtigt? ja nein

Liegt ein Pflegegrad vor? _____

Telefon _____ Fax _____

Mobil _____ Telefon Büro _____

E-Mail Adresse _____ Beruf _____

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten Versicherten

Versicherter: _____

geb. am _____ Geburtsort _____

Anschrift: _____

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herz-Kreislauf-Erkrankungen ja nein Herzinfarkt ja nein

Koronare Herzerkrankungen/Angina Pectoris ja nein Hoher Blutdruck ja nein

Herzschrittmacher/Künstl. Herzklappen ja nein Niedriger Blutdruck ja nein

Blutungsneigung/Bluterkrankung ja nein Ohnmachtsneigung ja nein

Marcumar / Gerinnungshemmer ja nein Rheuma ja nein

Infektion durch Krankenhauskeime ja nein Diabetes ja nein

Osteoporose (Einnahme von Biphosphaten) ja nein Schilddrüsenerkrankung ja nein

Lebererkrankung (Hepatitis) ja nein Tumorerkrankung ja nein

Magen-/Darmerkrankung ja nein Epilepsie ja nein

Lungenerkrankung/Asthma ja nein

Allergien ja nein

Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja nein

Wenn ja, bei welchen? _____

Sind Sie Raucher? ja nein Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich? _____

Für unsere weiblichen Patienten:

Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, in welchem Monat? _____

Infektion mit dem HIV Virus ja nein

Befinden Sie sich in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Zahnschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Migräne/Kopf-/Nackenschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Zahnfleischbluten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kiefergelenkbeschwerden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Knirschen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wünschen Sie eine Schmerzbehandlung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Mundgeruch	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Sonstiges: _____

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Starker Würgereiz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Beratungswunsch

Zahnersatz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Weißer Zähne (Bleaching)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Austattung verträglicher Füllungsmaterialien	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Lachgas	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Amalgamsanierung/Quecksilberausleitung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Schientherapie (CMD)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Sonstiges: _____

Datum

Unterschrift des Patienten