

Sehr geehrte PatientInnen,

damit wir Sie bestmöglichst betreuen können, möchten wir Sie bitten, die persönlichen Angaben zu vervollständigen und die Fragen zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden somit von uns streng vertraulich behandelt.

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Name des Versicherten (Kind), falls dieser abweicht _____ Geburtsdatum _____

Geschlecht Weiblich Männlich Divers Unbestimmt

Straße/Hausnummer _____ PLZ/Wohnort _____

Telefon Festnetz/mobil) _____ / _____

e-mail _____

Beruf _____

Hausarzt/ärztin _____

ggf. Haus-Zahnarzt/ärztin _____

ggf. gesetzliche/r BetreuerIn _____

Hauptanliegen für Ihren Besuch _____

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein Wenn ja, weshalb? _____

Name Ihrer Krankenkasse _____

pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert nicht versichert
 Beihilfe Zahnzusatzversicherung privat versichert Basistarif

Fragen zur Krankheitsgeschichte

Bestehen bei Ihnen folgende Gesundheitsstörungen bzw. Risikofaktoren? (Bitte ankreuzen, unterstreichen, ergänzen)	Ja	Nein	Weiß nicht
1. Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen? (insbesondere Bluthochdruck, Herzklappenerkrankungen, Herzrhythmusstörungen) Wenn ja, welche?			
2. Herzschrittmacher- / Defibrillator-Implantation?			
3. Asthma , chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) oder anderweitige Atemnot?			
4. Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung? Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (ASS, Marcumar, Falithrom, Pradaxa, Eliquis, Lixiana, Xarelto)			
5. Diabetes mellitus („Zuckerkrankheit“)? Wenn ja; Insulinpflichtig? Wenn ja; aktueller HbA1c-Wert? _____			
6. Grüner Star (Glaukom)?			
7. Infektionserkrankungen? (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/Aids) Wenn ja, welche?			
8. Allergien/Überempfindlichkeitsreaktionen? Wenn ja, welche?			

Bestehen bei Ihnen folgende Gesundheitsstörungen bzw. Risikofaktoren?	Ja	Nein	Weiß nicht
9. Autoimmunerkrankungen (z.B. rheumatische Erkrankungen)? Wenn ja, welche?			
10. Schilddrüsenerkrankungen ? Wenn ja, welche?			
11. Erkrankungen der inneren Organe (z.B. Leber, Niere)? Wenn ja, welche?			
12. Nervenleiden (z.B. Epilepsie, Depression)? Wenn ja, welche			
13. Psychische Erkrankungen? Wenn ja, welche			
14. Konsumgewohnheiten (Rauchen, Alkohol)? Wenn ja, was und wie viel, seit wann?			
15. Sind oder waren Sie alkoholabhängig ?			
16. Konsumieren Sie Drogen oder Rauschmittel? Wenn ja, welche und wie oft?			
17. <u>Für Frauen</u> : Besteht eine Schwangerschaft ? Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?			
18. Einnahme von Medikamenten /Dosierung Nehmen Sie Vitamin D ein, wenn ja wie viel: _____ Körpergewicht : _____ kg			
19. Wurden Sie in den letzten 2 Jahren im Kopf-/Kieferbereich geröntgt ?			
20. Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt ? _____			
21. Wie alt ist ggf. vorhandener Zahnersatz ? _____			
22. Gab/Gibt es Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen? _____			
23. Besteht eine Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?			
24. Wünschen Sie ggf. eine Behandlung mit Lachgas (Sedierung für AngstpatientInnen)?			
25. weitere wichtige Informationen? _____			

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahmen und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit!

- Ich bin mit der Wiederbestellung zu Kontrolluntersuchungen und Prophylaxeterminen einverstanden. Ja (bitte e-mail-Adresse auf Seite 1 angeben!) Nein
- Ich bin mit der Anfertigung von Fotoaufnahmen (Mund- und Zahnfotos) für interne Besprechungen einverstanden. Ja Nein

Bitte erscheinen Sie zu den verabredeten Terminen pünktlich oder sagen Sie rechtzeitig 24 Stunden vorher ab. Andernfalls sind wir berechtigt, den Honorarausfall für die für Sie ausgeplante Zeit in Rechnung zu stellen (mind. 50€/30min). Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB, sowie den Bestimmungen des Datenschutzes.

Ort, Datum

Unterschrift PatientIn oder gesetzliche VertreterIn

BITTE WENDEN!