

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Bevor wir uns aber in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

\_\_\_\_\_  
Nachname und Vorname (Patient)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum,

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat

\_\_\_\_\_  
Telefon tagsüber

\_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse

\_\_\_\_\_  
Beruf/Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherung / Krankenkasse

Ich habe eine Zusatzversicherung

Ich bin beihilfeberechtigt

\_\_\_\_\_  
Überweisender Arzt: Name, Adresse, Telefon

\_\_\_\_\_  
Hausarzt: Name, Adresse, Telefon

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigter

**Mein Anliegen**

Warum begeben Sie sich in zahnärztliche Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?

ja  nein Wenn ja, wo \_\_\_\_\_ seit wann \_\_\_\_\_

Haben Sie häufiges Zahnfleischbluten?

ja  nein Wenn ja, wo \_\_\_\_\_ seit wann \_\_\_\_\_

Kontrolluntersuchung?

ja

Ästhetische Veränderungen

\_\_\_\_\_

Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden? \_\_\_\_\_

**Wünschen Sie eine gezielte Beratung über**

Parodontitis (Parodontose)

Implantate

Prophylaxe/Dentalhygiene

Amalgamaustausch und Alternativen

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)  ja  nein  
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  ja  nein  
Herzklappenerkrankung /-defekt  ja  nein  
Herzkrankungen/Herzrhythmusstörungen  ja  nein  
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein  
Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS)?  ja  nein

## Infektionserkrankungen

- HIV  ja  nein  
Hepatitis A, B oder C  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
andere \_\_\_\_\_

## Allergien / Unverträglichkeiten

- Lokalanästhetika  ja  nein  
Schmerzmittel  ja  nein  
Antibiotika  ja  nein  
andere \_\_\_\_\_

## Weitere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen  ja  nein  
Asthma  ja  nein  
Lungenerkrankung  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
Rheuma  ja  nein  
Epilepsie  ja  nein  
Diabetes  ja  nein  
Nierenfunktionsstörungen  ja  nein  
Ohnmachtsneigung  ja  nein  
Grauer Star  ja  nein  
andere \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Allgemeine Angaben

- Alkoholgenuss  ja  nein  
Rauchen Sie?  ja  nein Wenn ja, wieviele/Tag \_\_\_\_\_  
Regelmäßige Medikamente  ja  nein Wenn ja, welche \_\_\_\_\_  
Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?  
Besteht eine Schwangerschaft? vor \_\_\_\_\_ Monaten  
 ja \_\_\_\_\_ (Woche)  nein  ungewiss

### wichtiger Hinweis:

Bitte halten Sie Ihre Behandlungstermine genau ein. Wenn Ihnen dies einmal nicht möglich ist, genügt ein kurzer Anruf. Bitte sagen Sie den Termin **spätestens 24 Stunden vorher** ab, da Ihnen sonst die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt wird (§§ 304, 615 BGB).

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter