

Patient: _____

Seite 1

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen 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.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung / Endocarditis	ja []	nein []
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja []	nein []
Künstliche Gelenke	ja []	nein []
Hoher Blutdruck	ja []	nein []
Niedriger Blutdruck	ja []	nein []
Blutverdünnung, wie z. B. Marcumar/ASS	ja []	nein []
Rheuma	ja []	nein []
Diabetes Typ I / Typ II , HbA1c-Wert?	ja []	nein []
Schilddrüsenerkrankung	ja []	nein []
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja []	nein []
HIV/ AIDS	ja []	nein []
Nierenerkrankung	ja []	nein []
Atemwegserkrankungen /Asthma	ja []	nein []
Epilepsie	ja []	nein []
Depressionen	ja []	nein []
Drogenkonsum / -abhängigkeit	ja []	nein []
Leiden Sie unter einer Essstörung?	ja []	nein []
Sonstige Erkrankung, wie z. B. Krebs, Organtransplantation	ja []	nein []
Wenn ja, welche?		

Allergien?	ja []	nein []
Wenn ja, welche?		

Regelmäßige Medikamenteneinnahme?	ja []	nein []
Wenn ja, welche?		

Überempfindlichkeit bei Medikamenten?	ja []	nein []
Wenn ja, bei welchen?		

Raucher?	ja []	nein []
Besteht eine Schwangerschaft?	ja []	nein []

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja []	nein []
Zahnschmerzen	ja []	nein []
Beschwerden	ja []	nein []

Patient: _____

Zahnfleischbluten	ja []	nein []
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja []	nein []
Kiefergelenkbeschwerden	ja []	nein []
Knirschen	ja []	nein []
Mundgeruch	ja []	nein []
Sonstiges		

Sie sind uns wichtig

Haben Sie eine Gebührenbefreiung? Bitte ggf. vorlegen!	ja []	nein []
Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja []	nein []
Starker Würgereiz	ja []	nein []

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Besitzen Sie ein Bonusheft vom Vorzahnarzt?	ja []	nein []
---	--------	----------

Name und ggf. Anschrift Ihres Hausarztes:

Haben Sie einen Pflegegrad?	ja []	nein []
-----------------------------	--------	----------

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	ja []	nein []
Weißer Zähne (Bleaching)	ja []	nein []
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja []	nein []
Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja []	nein []
Ernährungsfragen	ja []	nein []
Implantate / Implantatversorgung	ja []	nein []
Zahnschmuck	ja []	nein []
Schwangerschaftsberatung	ja []	nein []
Prothesenpflege	ja []	nein []
Sonstiges		

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung. Rechnung zahlbar sofort, ohne Abzug!

Datum 20.05.2019 Unterschrift _____