

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Verschiedene Erkrankungen können Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihre Gesundheit. Bitte nehmen Sie sich Zeit und beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Sollte Ihnen etwas unklar sein, wenden Sie sich bitte an unser Team. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

<b>Patient:</b>	_____	_____	_____
	Name	Vorname	Geburtsdatum
<b>mitversichert bei:</b>	_____	_____	_____
	Name	Vorname	Geburtsdatum
<b>Anschrift:</b>	_____	_____	_____
	Straße / Nr	Postleitzahl	Ort
	_____	_____	_____
	Telefon privat	Telefon geschäftlich	E-Mail

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Ich komme wegen:

- Schmerzen
  Kontrolle
  Überweisung

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein
Herz- oder Kreislauferkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit / Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma / Bronchialleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen- oder Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immunschwäche (HIV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige:		

Leiden Sie an einer der folgenden Allergien bzw. Unverträglichkeiten?

	Ja	Nein
Lokalanästhetika/Spritzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heuschnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige:		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Welcher Arzt weiß am besten über Ihre Gesundheit Bescheid?

Name

Adresse

Telefonnummer:

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf- und Kieferbereich geröntgt?

- Ja  Nein

Wenn ja, wo?

Praxisname

Adresse

Telefonnummer:

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?

- Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung  Telefonbuch & Gelbe Seiten  Internet  
 Emmendinger Tor  Lesezirkel  Andere: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Recall / Erinnerung

Bitte erinnern Sie mich zukünftig 2 x pro Jahr an meinen Termin zur Routinekontrolle

- Ja  Nein

Wenn ja: Am liebsten möchte ich erinnert werden per:

- Telefon  Post  E-Mail

Ich möchte über Aktuelles aus der Zahnarztpraxis informiert werden (Vorträge, Ausstellungen, Veranstaltungen)

- Ja  Nein

Vielen Dank für Ihre Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

.....  
Hinweis: Sollten Sie einen Behandlungstermin nicht einhalten können, bitten wir um telefonische Absage spätestens 24 Stunden vor Ihrem Termin.