

## Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Südanlage

Vielen Dank, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. 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 natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:	_____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?	Name:	_____
Vorname:	_____		Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____		Geburtsdatum:	_____
Geburtsort:	_____	Wer soll die Rechnung erhalten?	Name:	_____
Adresse:	_____		Adresse:	_____
Tel. Privat:	_____	Haben Sie einen gesetzlichen Vertreter/Vormund?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Handy:	_____	Wenn Ja:	Name:	_____
E-Mail:	_____		Adresse:	_____
Beruf:	_____		Tel.:	_____
Arbeitgeber, Ort:	_____			
Tel. Arbeitsplatz:	_____			
Krankenkasse:	_____			
Pflichtversichert:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

## Ihr persönlicher Gesundheitscheck

### Hausarzt / Facharzt

\_\_\_\_\_

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

### Röntgen (Für unsere Neupatienten)

Wann hatten Sie die letzte Röntgenuntersuchung im Mund- und/oder Kieferbereich?

\_\_\_\_\_

### Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  Ja  Nein

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

Nehmen Sie Blutverdünner?  Ja  Nein

Wenn ja, welches Medikament? \_\_\_\_\_

Wurden Sie oder werden Sie zur Zeit mit Bisphosphonaten behandelt?  Ja  Nein

Wenn ja, wegen welcher Diagnose? \_\_\_\_\_

Wann? Mit welchem Präparat? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Ja  Nein

## Allergien

Besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit oder Allergie gegen bestimmte Materialien oder Medikamente? Wenn ja, gegen welche?  Ja  Nein

---

Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein

## Herzerkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)?  Ja  Nein

Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappe?  Ja  Nein

Herzinfarkt?  Ja  Nein

Sonstiges?  Ja  Nein

---

## Kreislaufkrankungen

zu hoher Blutdruck?  Ja  Nein

zu niedriger Blutdruck?  Ja  Nein

Sonstiges?  Ja  Nein

---

## Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsneigung?  Ja  Nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

## Stoffwechselerkrankungen

Diabetes?  Ja  Nein

Schilddrüsenerkrankungen?  Ja  Nein

Nierenerkrankungen?  Ja  Nein

Magen- / Darmerkrankungen?  Ja  Nein

Sonstiges?  Ja  Nein

---

## Erkrankungen des Nervensystems

Epileptiforme Anfälle?  Ja  Nein

Krämpfe?  Ja  Nein

## Infektionserkrankungen

Hepatitis (A / B / C)?  Ja  Nein

HIV / AIDS?  Ja  Nein

Zustand nach Organtransplantation?  Ja  Nein

Sonstige?  Ja  Nein

---

## Sonstige Erkrankungen und Angaben

Rheuma?  Ja  Nein

Chronische Lungenerkrankungen / Asthma?  Ja  Nein

Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen?  Ja  Nein

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?  Ja  Nein

Wenn ja, welche

---

## Für unsere weiblichen Patienten

Sind Sie schwanger?

Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Monat?

---

### Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung

Ja  Nein

Zahnschmerzen

Ja  Nein

Zahnfleischbluten

Ja  Nein

Migräne / Kopf- & Nackenschmerzen

Ja  Nein

Kiefergelenkbeschwerden

Ja  Nein

Knirschen

Ja  Nein

Mundgeruch

Ja  Nein

### Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung

Ja  Nein

Weißer Zähne (Bleaching)

Ja  Nein

Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln

Ja  Nein

Zahnfarbene Keramikfüllungen

Ja  Nein

Amalgamsanierung

Ja  Nein

Implantate / Implantatversorgung

Ja  Nein

### Recall

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

Ja  Nein

per Brief

per E-Mail

### Sonstiges

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen oder wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Persönliche Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Internetseite

Lage der Praxis

Telefonbuch

Gelbe Seiten

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte **bei jedem Besuch** in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich **spätestens 24 Stunden** vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Gießen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift