

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient  
Herr/Frau/Kind

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße Nr. Tel. privat

PLZ Ort

Krankenkasse  
oder Versicherung

Beruf/Arbeitgeber

Tel. tagsüber

Möchten Sie an den nächsten Vorsorgetermin schriftlich von uns erinnert werden?

Ja  Nein

**Die Daten werden ausschließlich für die Erinnerung genutzt und nicht an Dritte weitergegeben oder für andere Zwecke genutzt!**

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.

Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

### **Für gesetzliche Versicherte**

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem ersten Besuch in einem neuen Quartal. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

## Anamnese

**Hausarzt/Facharzt:** \_\_\_\_\_

**Adresse und Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Medikamente:** Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

**Allergien:** Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? \_\_\_\_\_  
Besitzen Sie einen Allergiepaß?  Ja  Nein

**Herzerkrankungen:** Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?  Ja  Nein

**Kreislaufferkrankungen:** Zu hoher Blutdruck?  Ja  Nein  
Zu niedriger Blutdruck?  Ja  Nein  
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Vegetative Erkrankungen:** Ohnmachtsanfälle?  Ja  Nein  
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?  Ja  Nein

**Stoffwechsel Erkrankungen:** Osteoporose?  Ja  Nein  
Tumorerkrankungen?  Ja  Nein  
Wurden Sie mit Bisphosphonaten z.B.:  
Aclasta®, Zometa®, Bonviva® behandelt?  Ja  Nein  
Magen- Darmerkrankungen?  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankungen?  Ja  Nein  
Zuckerkrankheit (Diabetes)?  Ja  Nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Erkrankungen des Nervensystems:** Epileptiforme Anfälle?  Ja  Nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Bluterkrankungen:** Blutungsneigung (Hämophilie)?  Ja  Nein  
Blutarmut (Anämie)  Ja  Nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten:** Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A/B/C/ \_\_\_\_\_)?  Ja  Nein  
Tuberkulose?  Ja  Nein  
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc. ?  Ja  Nein  
Wurde bei Ihnen ein HIV-Test (Aids-Test) durchgeführt?  Ja  Nein  
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben:** Sind/waren Sie drogen- oder alkoholabhängig?  Ja  Nein  
Haben Sie häufig Kopfschmerzen?  Ja  Nein  
Haben Sie Ohrgeräusche/Tinnitus/Schwindel?  Ja  Nein

**Röntgen:** Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?  Ja  Nein  
Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

**Schwangerschaft:** Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der getätigten Angaben.