

Liebe Patientin, lieber Patient,
Herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Sollingtor und Milchzahnland.
Wir sind immer bemüht, Ihnen die bestmögliche zahnmedizinische
Behandlung zukommen zu lassen. Bevor wir uns jedoch im
Behandlungszimmer über Ihre Wünsche unterhalten können,
benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über
Ihren Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der
ärztlichen Schweigepflicht, werden streng vertraulich
behandelt und dienen nur der zahnärztlichen
Behandlung in dieser Praxis.



Kontaktinformationen

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Tel. privat:	Tel. mobil:
Tel. geschäftlich:	E-Mail:
Beruf:	
Arbeitgeber:	

Angabe zur Krankenkasse

- | | | |
|---|-------|--|
| <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse | _____ | <input type="checkbox"/> zusatzversichert |
| <input type="checkbox"/> Private Krankenkasse | _____ | <input type="checkbox"/> vollversichert |
| <input type="checkbox"/> Standardtarif (1,7fach) | _____ | <input type="checkbox"/> Anspruch auf Beihilfe |

Name/Adresse Ihres Hausarztes

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? (z. B. auch gerinnungshemmende Medikamente, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel, Biphosphonate)

Haben Sie einen Medikamentenpass? Nein Ja

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Nein bzw. wie lange nicht mehr? _____
 Ja, ca. ____ Zigaretten/Tag

Trinken Sie regelmäßig (z. B. täglich) Alkohol? Nein Ja

Könnten Sie schwanger sein? Nein Ja, welcher Monat _____

Haben Sie einen Pflegegrad? Nein Ja, welcher Pflegegrad? _____

Liegt ein gesetzliches Betreuungsverhältnis vor?

Nein

Ja, wer ist Ihr Betreuer? _____

Leiden oder litten Sie unter folgenden Erkrankungen?

Herz-Kreislaufkrankungen:

Bluthochdruck Nein Ja

Niedriger Blutdruck/Kreislaufbeschwerden Nein Ja

Unregelmäßiger Herzschlag Nein Ja

Herzasthma, Angina Pectoris Nein Ja

Herzschrittmacher Nein Ja

Herzklappenersatz/Herzfehler Nein Ja

Herzinfarkt Nein Ja

Immunsuppression Nein Ja

Zuckererkrankung/Diabetes mellitus Nein Ja

Magen-Darmerkrankungen (z. B. Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa) Nein Ja

Erkrankungen der Atemwege/Lunge (z. B. Asthma/COPD) Nein Ja

Lebererkrankungen Nein Ja

Nierenerkrankungen/Dialyse Nein Ja

Rheuma Nein Ja

Augenerkrankungen Nein Ja

Schwerhörigkeit Nein Ja

Hautkrankheiten/Wundheilungsstörungen Nein Ja

Osteoporose/Knochenschwund Nein Ja

- | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| Blutgerinnungsstörungen (z. B. Hämophilie/Thrombosen) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Tumorerkrankungen/Krebs, Strahlen- oder Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis A/B/C, HIV/Tuberkulose) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Infektionen mit sog. Problemkeimen (z. B. MRSA,ESBL) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Nervenerkrankungen (z. B. Epilepsie, Krampfanfälle) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Psychiatrische Erkrankungen/Depressionen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Wurden Ihnen Endoprothesen bzw. Implantate eingesetzt? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

Ergänzungen zur Erkrankung

Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten?

Nein

Ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass?

Nein Ja

Müssen Sie bei Zahnbehandlungen regelmäßig ein Antibiotikum zur Endokarditisprophylaxe einnehmen?

Nein Ja

Röntgenbestrahlung

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?

Nein

Ja, wann und wo? _____

Ist bei Ihnen jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf eine zahnärztliche Behandlungsmaßnahme aufgetreten?

Nein

Ja, was passierte? _____

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?

Nein Ja

Worauf legen Sie besonderen Wert?

Schnarchen Sie oder haben Sie Atemaussetzer im Schlaf?

Nein Ja

Ich bin an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

(Bitte ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Implantologie |
| <input type="checkbox"/> Parodontitisbehandlung | <input type="checkbox"/> Zahnfehlstellungsregulierung |
| <input type="checkbox"/> Amalgamsanierung | <input type="checkbox"/> Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Individuelles Prophylaxeprogramm | <input type="checkbox"/> Zahnästhetik |
| <input type="checkbox"/> Kariesrisikobestimmung | <input type="checkbox"/> Bleaching (Zahnaufhellung) |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges Beratungsinteresse: | |
-
-

Haben Sie ein Bonusheft? Nein Ja (falls ja, bitte vorlegen)

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)? Nein Ja

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, sie halbjährlich/jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern? Nein Ja

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Persönliche Empfehlung
- Überweisender Arzt: _____
- Anzeige: _____
- Internet: _____
- Sonstiges: _____

Wir bitten darum, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei unentschuldigtem Fernbleiben behalten wir uns vor, die geplante Behandlung gemäß § 615 BGB in Rechnung zu stellen.

Datum	Unterschrift
-------	--------------