

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einigen Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?	Wenn ja, wegen welcher Erkrankungen?	Ja	Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Besteht bei Ihnen der Verdacht auf Allergien oder Überempfindlichkeiten?	Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Haben Sie Asthma oder andere Atemwegserkrankungen?		Ja	Nein
Bestehen Herzerkrankungen? Wenn ja, welche? <i>(z. B. Herzinsuffizienz, Arrhythmien, Zustand nach Herzinfarkt, Angina Pectoris, Herzschrittmacher oder Herzklappenersatz)</i>		Ja	Nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?	<i>z.B. ASS, Marcumar</i>	Ja	Nein
Bestehen Kreislauferkrankungen?	<i>z.B. zu hoher / niedriger Blutdruck, Ohnmachtsanfälle</i>	Ja	Nein
Bestehen Stoffwechselerkrankungen?	<i>z.B. Diabetes Typ I oder II, Schilddrüsenerkrankungen</i>	Ja	Nein
Bestehen Nervenerkrankungen?	<i>z.B. Neuralgien, psychische Erkrankungen, Epilepsie</i>	Ja	Nein
Bestehen Bluterkrankungen?	<i>z.B. Blutungsneigungen (Hämophilie), Anämien</i>	Ja	Nein
Bestehen Infektionskrankheiten?	<i>z.B. Hepatitis A/B/C, Tuberkulose, HIV, AIDS</i>	Ja	Nein
Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate ein?		Ja	Nein
Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt?	Wenn ja, wo?	Ja	Nein
Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	Wenn ja, in welchem Monat?	Ja	Nein
Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen?		Ja	Nein
Hatten Sie schon einmal Probleme mit lokalen Betäubungsmitteln?		Ja	Nein
Rauchen Sie Zigarette, Zigarre, Pfeife?	Wenn ja, wie viel rauchen Sie täglich ?	Ja	Nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?		Ja	Nein
Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig?		Ja	Nein
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Zeitung <input type="checkbox"/> Sonstiges		
Was haben Sie bisher beim Zahnarzt am meisten vermisst?			

bitte wenden ➡

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ Mobil: _____

Email: _____

Beruf / Arbeitgeber: _____

Versicherter: *(sofern von den Patientendaten abweichend)*

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

gesetzlich versichert privat versichert Basistarif Zusatzversicherung beihilfeberechtigt

Für gesetzlich versicherte Patienten: Wir benötigen Ihre elektronische Gesundheitskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt uns diese nicht nach spätestens 5 Tagen vor, müssen wir Ihnen die Behandlung privat in Rechnung stellen auf Basis der GOZ. Vorsorgeuntersuchungen alle 6 Monate sind für gesetzlich versicherte Patienten immer kostenfrei!

Möchten Sie von uns über moderne, ästhetische oder aufwendige zahnmedizinische Behandlungen, auch wenn diese Leistungen nicht oder nur teilweise von Ihrer Krankenkasse, Beihilfe oder Versicherung übernommen werden, informiert werden?

Ja Nein

Möchten Sie von uns über Professionelle Zahnreinigung und unser Prophylaxeprogramm, welche Ihre Zahngesundheit langfristig erhalten können, informiert werden?

Ja Nein

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge um erneute Erkrankungen zu vermeiden?

Ja Nein

Wenn ja, wie möchten Sie erinnert werden? postalisch via Email via SMS

Ich habe alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und werde wichtige Änderungen umgehend der Praxis mitteilen.

Benrath, den _____

Unterschrift _____

aktualisiert am

Datum, Unterschrift

aktualisiert am

Datum, Unterschrift