

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

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. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VERSICHERTER

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße		Hausnummer
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ort		PLZ
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Telefon	Fax	Mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail		
<input type="text"/>		

Arbeitgeber	Anschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Beruf
<input type="text"/>	<input type="text"/>

KRANKENKASSE | KRANKENVERSICHERUNG

- gesetzlich
 pflichtversichert
 freiwillig versichert
 zusatzversichert
 privat
 beihilfeberechtigt
 Basistarif

HAUSARZT

Name	
<input type="text"/>	
Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>

HINWEISE ZUR ORGANISATION

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Zeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Daher bitten wir Sie für den Fall der Verhinderung, vereinbarte Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Gerne vereinbaren wir dann einen neuen Termin mit Ihnen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Terminsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es in seltenen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen.

IN EIGENER SACHE

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

<input type="checkbox"/> von Bekannten empfohlen	<input type="checkbox"/> Überweisung von	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Telefon- / Branchenbuch	<input type="checkbox"/> Internet, über die Seite	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zeitungsanzeige	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="text"/>

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Möchten Sie von uns an Ihre Termine erinnert werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> per SMS	<input type="checkbox"/> per Post

BITTE BEACHTEN SIE AUCH DIE RÜCKSEITE! ▶

WARUM SUCHEN SIE UNS AUF? Wünschen Sie eine/n ...

- Routinekontrolle
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- neuen Zahnersatz
- „zweite Meinung“
- andere Gründe:

HABEN SIE AKUTE SCHMERZEN? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

LEIDEN ODER LITTEN SIE AN ERKRANKUNGEN DER / DES ...

- Kreislaufs ja nein
- Leber ja nein
- Nieren ja nein
- Schilddrüse ja nein
- Magen-Darm-Traktes ja nein
- Gelenke (Rheuma) ja nein
- Wirbelsäule ja nein

HABEN ODER HATTEN SIE ...

- hohen Blutdruck? ja nein
- niedrigen Blutdruck? ja nein
- Diabetes? ja nein
- Zahnfleischbluten? ja nein
- Ohrensausen / Tinnitus? ja nein
- Osteoporose? ja nein
- Epilepsie? ja nein
- Grünen Star? ja nein
- Tuberkulose? ja nein
- HIV (Aids)? ja nein
- Hepatitis? ja nein
- Wenn ja, welcher Typ? A B C
- Allergien? Wenn ja, wogegen? ja nein

eine Gelenkprothese (z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)? ja nein
Wenn ja, wo genau?

Datum

Wurden Sie auf Corona (COVID-19) getestet? ja nein

Hatten Sie Kontakt zu einer infizierten Person oder sind / waren Sie in Quarantäne? ja nein

Waren Sie in einem Risikogebiet im Ausland? ja nein

SONSTIGE INFESTIONEN / ERKRANKUNGEN:

ZU IHREM HERZEN: HABEN ODER HATTEN SIE...

- Stents
- Herzschrittmacher
- Herzklappenentzündung
- Angina Pectoris
- Bypass
- Herzinfarkt
- künstliche Herzklappe
- Sonstige

MEDIKAMENTE: NEHMEN SIE ...

- blutverdünnende Medikamente, z. B. Marcumar®, ASS?
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Bisphosphonate, wenn ja, wann?
- andere Medikamente, wenn ja, welche?
- Cortison (Kortikoide)
- Antidepressiva

UNVERTRÄGLICHKEITEN ja nein

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? Wenn ja, gegen welche?

FÜR UNSERE PATIENTINNEN

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

ZUM SCHLUSS

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

FRAGEN / ANMERKUNGEN

Unterschrift