



ZAHNSTATION

# Herzlich Willkommen!

## Allgemeine Informationen

Patient: Name

Vorname

Geburtsdatum / Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon privat

Fax

Handy

E-Mail

Versicherter: Name

Vorname

Geburtsdatum / Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon / Fax

Kasse

Krankenkasse / Krankenversicherung

Zusatzversicherung (bei gesetzl. Versicherten)

Privat

Beruf

Arbeitgeber

Telefon / Fax

## Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Freunde, wer?

Überweisung durch:

Vortrag

Internet

Sonstiges:

## Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans?

Ja

Nein

## Wünschen Sie nur die Behandlung der aktuellen Beschwerden?

Ja

Nein

## Wie wichtig ist Ihnen Ästhetik?

sehr wichtig

wichtig

nicht so wichtig

nicht wichtig

## Meine Zähne gefallen mir!

Ja

Nein

## Welche Probleme haben Sie?

## Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- |  |   |  |                                    |
|--|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Implantate                              | <input type="checkbox"/> Keramikfüllungen   | <input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnheilkunde / Veneere | <input type="checkbox"/> Bleaching |
| <input type="checkbox"/> Behandlung mit Lachgas / in Vollnarkose | <input type="checkbox"/> Behandlung bei Kiefergelenksproblemen (Knirschen, Pressen) |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Karies- und Parodontoseprophylaxe       | <input type="checkbox"/> Parodontosebehandlung                                      | <input type="checkbox"/> Amalgamsanierung                    |                                    |
| <input type="checkbox"/> Korrektur von Zahnfehlstellungen        | Sonstiges: _____  |  |                                    |

## Zutreffendes bitte ankreuzen!

- |   |   |                                       |   |
|---|---|---------------------------------------|---|
| Schwangerschaft   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Kopf- oder Nackenschmerzen            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Hoher oder niedriger Blutdruck                                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Tinnitus                              | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Werte _____   |   | AIDS                                  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Blutgerinnungsstörungen                                       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Asthma, Atemnot                       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Metallgeschmack   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Atemnot oder Brustschmerzen           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher?                           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Diabetes mellitus / Zuckerkrankheit   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Allergien?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Drogenkonsum                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? _____  |   | Epilepsie                             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Bestehen andere Erkrankungen?                                 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? _____  |   | Grüner Star (Glaukom)                 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?                            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Herpes                                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? _____  |   | Herz-Kreislauf-Erkrankungen           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind jemals Probleme bei ärztlichen Behandlungen aufgetreten? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Heuschnupfen                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? _____  |   | Mundgeruch                            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Bevorzugen Sie Homöopathie?                                   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Rheuma                                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|   |   | Schilddrüsenerkrankung                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|   |   | Stoffwechselerkrankungen              | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|   |   | Tuberkulose                           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|   |   | Zahnfleischbluten                     | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

- Sie sind verpflichtet, uns auch in Zukunft über Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer persönlichen Daten, Ihrer Versicherung, Vorliegen einer Schwangerschaft etc. unaufgefordert zu informieren.
- Medikamentenre, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.
- Bei Nichteinhaltung von Terminen ohne vorherige Absage kann der entstandenen Honorarverlust in Rechnung gestellt werden (§§ 304, 615 BGB).
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten an einen möglichen Praxisnachfolger weitergegeben werden.
- Ich bin damit einverstanden, über anstehende Behandlungen, Untersuchungen oder Termine per Telefon, Mail oder Post informiert zu werden.

Ort, den

Unterschrift