



Sehr geehrte Patienten,
Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Um Ihnen eine auf Sie abgestimmte und risikofreie
Behandlung bieten zu können, benötigen wir einige Angaben. Bitte füllen Sie die folgenden **3**
Seiten in Ruhe und so genau wie möglich aus.

Alle Angaben werden von uns im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht behandelt und nur
mit Ihrem Einverständnis an Dritte weitergegeben.

Patientendaten:

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Anschrift (Straße/ Nr./ PLZ/ Ort):

Telefon: Beruf:

E-Mail:

Krankenkasse / Versicherung:

Hausarzt / überweisender Arzt: (Name, Anschrift, Telefon)

.....

Sind Patient und Rechnungsempfänger **nicht** identisch, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Anschrift (Straße/ Nr./ PLZ/ Ort):

.....

Bei **minderjährigen Patienten** ist für die Behandlung das Einverständnis eines
Erziehungsberechtigten notwendig.

Allgemeine Anamnese

Herz-/Kreislaufkrankungen:

Herzschrittmacher: ja nein

Herzklappenerkrankung: ja nein

Endokarditisrisiko: ja nein

Blutdruck: normal hoch niedrig

Medikamente:

Allergien / Unverträglichkeiten:

Schmerzmittel: ja nein wenn ja, welche:

Antibiotika: ja nein wenn ja, welche:

zahnärztliche Betäubung: ja nein

andere:

Medikamente:



Infektionserkrankungen:

Hepatitis: ja nein, wenn ja: A / B / C (bitte markieren)

HIV: ja nein

Tuberkulose: ja nein

andere:

Medikamente:

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen: ja nein

Asthma: ja nein

Lungenerkrankungen : ja nein

Schilddrüsenerkrankungen: ja nein

Rheuma: ja nein

Epilepsie: ja nein

Diabetes: ja nein

Nierenerkrankungen: ja nein

Ohnmachtsneigung: ja nein

Augenerkrankungen: ja nein

Migräne: ja nein

andere:

Medikamente:

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum: ja nein

Alkoholkonsum: nie selten oft

Raucher: nein 1-10/Tag mehr als 10/Tag

Regelmäßige Medikamente: welche / seit wann

Frühere Röntgenuntersuchungen: wann / welche Körperteile

Schwangerschaft: ja,Monat nein

Stillend: ja nein



Spezielle Anamnese:

Warum stellen Sie sich bei uns vor?

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein

Wo / seit wann?:

Kontrolluntersuchung: ja nein

Haben Sie häufiger Zahnfleischbluten? ja nein

Beschwerden am Kiefergelenk (Knirschen/Pressen)? ja nein

Beschwerden der Nasennebenhöhlen/Operationen? ja nein

Wann war Ihr letzter Zahnarzttermin?:

Wünschen Sie eine Beratung über:

- Zahnersatz ja nein

- Implantate ja nein

- Professionelle Zahnreinigung/Prophylaxe ja nein

- Anderes:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?:

Möchten Sie an einen Kontrolltermin erinnert werden? ja nein

wenn ja, per: Post Telefon E-Mail

Wichtige Informationen:

Nach einer zahnärztlichen Injektion (Betäubung) sollten Sie mindestens 3 Stunden kein Kraftfahrzeug führen.

Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie - soweit es Ihnen möglich ist - diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir Ihnen diesen Ausfall sonst in Rechnung stellen müssen.

Datum: **Unterschrift:**