

**Herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Informationen über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht! Wir möchten Sie bitten, die folgende Patientenerklärung auszufüllen.

**Patient**

Name	Vorname	Geb.-Datum
_____	_____	_____

**Mitglied**

Name	Vorname	Geb.-Datum
_____	_____	_____

**Anschrift**

Straße/ Haus-Nr.	Plz/ Ort
_____	_____

Telefon	Mobil	Arbeit	E-Mail
_____	_____	_____	_____

**Hausarzt**

\_\_\_\_\_

**Beruf**

\_\_\_\_\_

**Krankenkasse oder Versicherung**

\_\_\_\_\_  Zusatzkrankenversicherung

**Wer hat Sie uns empfohlen? / Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

\_\_\_\_\_

**Welches Hauptanliegen führt Sie zu uns?**

\_\_\_\_\_

**Für Kassenpatienten:**

Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so erhalten Sie von uns eine Privatrechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Wir bitten Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.

Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<hr/>		
Medikamente:	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	
<hr/>		
Allergien:	Bekommen oder bekamen Sie jemals eine Bisphosphonattherapie? Gegen welche Stoffe besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<hr/>		
Herzkrankung:	Herzschwäche (Insuffizienz) /Herzrythmusstörungen? Herzasthma (Angina pectoris)? Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? Zustand nach Herzinfarkt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Kreislaufkrankungen:	Zu hoher Blutdruck? Zu niedriger Blutdruck? Schlaganfall? Arteriosklerose?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Vegetative Erkrankungen:	Schwindel / Ohnmachtsanfälle? Kopfschmerz / Migräne? Migräne? Tinnitus / Hörsturz? Rheuma?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Orthopädische Beschwerden:	Rückenschmerzen, Nackenverspannungen, Schulter, Hüfte, Knie, Osteoporose?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)? Magen-, Darmerkrankungen? Schilddrüsenerkrankungen? Erkrankung der Leber?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Erkrankung des Nervensystems?	Neuralgien / Epileptische Anfälle / Krämpfe?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bluterkrankung?	Blutungsneigung (Hämophilie, ASS, Marcumar)? Blutarmut (Anämie)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A / B / C)? Tuberkulose? Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? Wurde bei Ihnen ein HIV- / Aids-Test durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Krebserkrankungen:	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Weitere Angaben:	Rauchen Sie? Sind Sie drogen-, medikamenten- oder alkoholabhängig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Röntgen:	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? _____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schwangerschaft:	Wenn ja, in welchem Monat? _____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sonstiges:	_____ _____	
<hr/>		
Wünschen Sie insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit.</b>		
Datum	Unterschrift	
_____	_____	