

**Herzlich willkommen in unserer Praxis**

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, denn auch allgemeine Erkrankungen und Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum/Ort \_\_\_\_\_

**Versicherter:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum/Ort \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Zusatzversicherung?** ..... Ja Nein

**Sind Sie beihilfeberechtigt?\*** ..... Ja Nein

\*) Die Liquidation erfolgt nach §§ GOÄ §§ GOZ. Eine Behandlung mit Begrenzung des Steigerungsfaktors ist nicht möglich.

**Wie möchten Sie an wichtige Termine (Vorsorgeuntersuchung, Prophylaxe) erinnert werden?**

Per SMS      Per Brief      Per E-Mail, E-Mail-Adresse:

**Allgemeine Gesundheitssituation:**

**Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?** ..... Ja Nein

Wenn ja, weshalb?

Hauszahnarzt und Hausarzt:

**Medikamente:**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Allergien:                    Ja                    Nein                    Wenn ja, welche?

### Herzerkrankungen:

Besitzen Sie einen Herzpass? .....	Ja	Nein
Herzschwäche (Insuffizienz) .....	Ja	Nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arhythmien) .....	Ja	Nein
Herzklappenersatz, Herzklappenentzündung .....	Ja	Nein
Herzschrittmacher .....	Ja	Nein

### Kreislaufferkrankungen:

Zu hoher Blutdruck .....	Ja	Nein
Zu niedriger Blutdruck .....	Ja	Nein
Herzinfarkt .....	Ja	Nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? .....	Ja	Nein

### Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes) .....	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung (Über- oder Unterfunktion) .....	Ja	Nein
Osteoporose .....	Ja	Nein

### Infektionserkrankungen:

Hepatitis ( A / B / C / ... ) .....	Ja	Nein
HIV / AIDS .....	Ja	Nein

### Sonstige Erkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie) .....	Ja	Nein
Epilepsie, Glaukom .....	Ja	Nein
Asthma .....	Ja	Nein
Tumor (Krebs) .....	Ja	Nein

Rauchen Sie? .....	Ja	Nein
--------------------	----	------

Besteht eine Schwangerschaft? .....	Ja	Nein
-------------------------------------	----	------

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung	Suchmaschine (z.B. Google)	Druckmedien	Werbeschild
------------	----------------------------	-------------	-------------

**Die vereinbarten Termine sind speziell für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, mindestens jedoch 24 Stunden vorher abzusagen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

Die enthaltenen Fragen habe ich gewissenhaft beantwortet. Die Angaben sind vollständig und richtig. Unsicherheiten habe ich an Ort und Stelle vermerkt.

Datum

Unterschrift des Patienten