

Liebe Patientin, lieber Patient!



Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir zusätzliche Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, der u.U. Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben kann. Sollten Sie beim Beantworten einzelner Fragen Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen natürlich gerne.

PERSÖNLICHES

Name / Vorname	Geburtsdatum	Beruf
Straße / Nr.	PLZ / Ort	
Tel. Privat	Tel. Mobil	E-Mail

KRANKENKASSE

gesetzlich versichert privat versichert Basistarif Zusatzversicherung beihilferechtigt

WENN SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED SIND, WER IST VERSICHERTER?

Name / Vorname	Geburtsdatum
Straße / Nr.	PLZ / Ort

WER IST IHR HAUSARZT?

LETZTER BEHANDELNDER ZAHNARZT

Name / Ort	Name / Ort
------------	------------

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

von Bekannten empfohlen Telefon / Branchenbuch Zeitungsanzeige Internet Sonstiges: _____

WARUM SUCHEN SIE UNS AUF? WÜNSCHEN SIE EINE/N ...

Routinekontrolle Beratung Schmerzbehandlung Parodontalbehandlung andere Gründe: _____

Amalgam-Alternativen Zahnaufhellung/Bleaching neuen Zahnersatz: Kronen, Brücken herausnehmbarer Zahnersatz

Sind Sie an Beratung und Vorführung von Pflorgetechniken zur Verhütung von Zahn- und Mundproblemen interessiert? (Individualprophylaxe) JA NEIN

WEITERE ADMINISTRATIV WICHTIGE INFORMATIONEN

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? JA NEIN Möchten Sie an Ihre halbjährl. Untersuchung erinnert werden? JA NEIN
(Eintragungen der letzten 10 Jahre) per Post per E-Mail

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

Wann und aus welchem Grund war Ihre letzte zahnärztliche Behandlung? _____

Fand eine zahnärztliche Röntgenuntersuchung statt? JA NEIN Wenn ja, wann? _____ Rauchen Sie? JA NEIN

Wurde bei Ihnen schon eine profess. Zahnreinigung durchgeführt? JA NEIN

LEIDEN ODER LITTEN SIE AN ERKRANKUNGEN Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Zustand nach Infarkt Rhythmusstörungen Herzklappenersatz Schrittmacher niedriger Blutdruck hoher Blutdruck
 Schlaganfall Durchblutungsstörungen Lebererkrankungen Nierenerkrankungen Ich neige zu blauen Flecken

HABEN ODER HATTEN SIE

HIV/AIDS Diabetes Osteoporose Epilepsie Asthma Hepatitis. Wenn ja, welcher Typ? _____

Allergien gegen: _____ Sonstige Infektionen/Erkrankungen: _____

MEDIKAMENTE: NEHMEN SIE ...

Herzmedikamente Cortison Bisphosphonate Schmerzmittel Antidepressiva blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS)
 Endokarditis-Prophylaxe andere Medikamente: _____

Sind Unverträglichkeiten gegen Medikamente o. Spritzen bekannt? Wenn ja: _____

FÜR UNSERE PATIENTINNEN

Sind Sie schwanger? JA NEIN Wenn ja, in welcher Woche? _____

FRAGEN / ANMERKUNGEN: _____

Hinweis zur Organisation: Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie uns diesen mindestens 24 Stunden vorher ab. Wir bitten um Verständnis, dass nicht abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden. **Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen:** Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt. Vielen Dank!

Marktoberdorf, den



Unterschrift