

Herzlich willkommen in unserer Praxis,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung.

**Patient:**

(Herr/Frau/Kind)	Name	Vorname	geb./°Ort
Straße/Hausnummer		Postleitzahl	Ort
Telefon privat		*E- Mail Adresse	*Arbeitgeber

**Versicherter:**

(Herr/Frau)	Name	Vorname	geb.
-------------	------	---------	------

Für gesetzlich versicherte Patienten: Haben Sie eine private Zusatzversicherung oder sind Sie Beihilfeberechtigt?

Ja  Nein

Besteht ein Pflegegrad oder besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?

Ja  Nein

Sehr geehrter Patient,

Sie kommen in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren. Setzen Sie uns über Ihre Verhinderung nicht rechtzeitig in Kenntnis, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Fall eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§ 615 / 280 BGB).

Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Termin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Sollten Sie ein Bonusheft besitzen, legen Sie uns dies bitte zur Aufnahme der Daten vor.

Alle Informationen und Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Informationen gelesen und verstanden habe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

\*freiwillige Angabe/ °gefordert von der Röntgenverordnung

Wir verstehen uns als eine moderne zahnärztliche Praxis. Das heißt ein Teil unserer Behandlungsstrategie ist die Durchführung eines umfangreichen Prophylaxekonzeptes. Wir sehen den Sinn nicht nur in der Behandlung von schon bestehenden Erkrankungen, sondern deren Vorbeugung. Weiterhin ist die Prophylaxe notwendig für unsere gesamte Behandlung.

**Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um folgende Angaben**

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- Asthma (schwere Atemnot)  Ja  Nein
- Herzinfarkt  Schlaganfall  Lähmungen, ggf. wann? \_\_\_\_\_
- Leberkrankheiten, ggf. wann? \_\_\_\_\_
- Hepatitis  A  B  C
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit  Ja  Nein
- Osteoporose  Ja  Nein
- Gelenkerkrankungen, wie Rheuma  Ja  Nein
- Zuckerkrankheit (Diabetes)  Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein
- Epilepsie  Ja  Nein
- Allergische Reaktionen, z. B. Latexallergie  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Unverträglichkeit von Medikamenten  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Besitzen Sie einen Allergiepass  Ja  Nein
- Wie ist der Blutdruck?  niedrig  normal  hoch

Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen?  Ja  Nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein

Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? Ggf., welches Ergebnis (+/-)?  Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z. B. Bisphosphonate, Blutverdünner etc.)?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr **Hausarzt**? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten