



Zahnarztpraxis Hohe Mühle

Z-MVZ Hohe Mühle GmbH
Hohe Mühle 1
32369 Rahden

Telefon: 05771 / 2009
Fax: 05771 / 9172068

info@zahnarztpraxis-hohe-muehle.de
www.zahnarztpraxis-hohe-muehle.de

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie nachfolgenden Bogen vollständig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten:

Name des Patienten: _____

geb. am: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben: ☐ Pflichtversichert

☐ Freiwillig versichert

☐ Privat zahnärztlich zusatzversichert

☐ Kostenerstattung gewählt

Mobil: _____ E-Mail-Adresse: _____

Telefon privat: _____ Telefon Arbeit: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an ☐ Patienten ☐ Versicherten

Versicherter: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Termin erinnert werden:

☐ per SMS

☐ per E-Mail

☐ gar nicht

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Für eventuelle Unterlagen: In welcher Zahnarztpraxis waren Sie bisher in Behandlung?

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich möglichst 24 Stunden vorher absagen, da die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten ansonsten in Rechnung gestellt werden können.



Ihr persönlicher Gesundheitscheck:

Wer ist Ihr Hausarzt: _____

Liegt eine Pflegebedürftigkeit vor? ☐ ja ☐ nein

☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5

Haben Sie für medizinische Belange einen Betreuer? ☐ ja ☐ nein

Waren Sie innerhalb der letzten 2 Jahre in ärztlicher Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Waren Sie innerhalb der letzten 2 Jahre im Krankenhaus? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? ☐ ja ☐ nein

In welchem Körperbereich? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Haben Sie Allergien? ☐ ja ☐ nein

Penicillinallergie ☐ ja ☐ nein

Latexallergie ☐ ja ☐ nein

Jodallergie ☐ ja ☐ nein

andere: _____

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? ☐ ja ☐ nein

Herzklappenfehler oder -prothese ☐ ja ☐ nein

Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) ☐ ja ☐ nein

andere: _____

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja, ca. _____ am Tag

Trinken Sie Alkohol? ☐ niemals ☐ gelegentlich ☐ täglich

Hatten Sie nach Spritzen beim Zahnarzt schon einmal Probleme? ☐ ja ☐ nein

Traten nach einer Zahnentfernung stärkere Nachblutungen auf? ☐ ja ☐ nein

Haben oder hatten Sie Verletzungen im Kiefer- /Gesichtsbereich? ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welcher Art? _____



Leiden oder litten Sie an folgenden Krankheiten?

Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)	☐ ja	☐ nein
Lebererkrankungen	☐ ja	☐ nein
Bluthochdruck	☐ ja	☐ nein
Niedriger Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Ohnmachtsneigung	☐ ja	☐ nein
Schlaganfall	☐ ja	☐ nein
Diabetes	☐ ja	☐ nein
Schilddrüsenerkrankungen	☐ ja	☐ nein
Osteoporose	☐ ja	☐ nein
Arthrose	☐ ja	☐ nein
Bandscheibenvorfälle und/ oder Beckenschiefstand	☐ ja	☐ nein
Asthma / Lungenerkrankungen	☐ ja	☐ nein
Blutkrankheiten / Gerinnungsstörungen	☐ ja	☐ nein
Nervenerkrankungen	☐ ja	☐ nein
Nasennebenhöhlenerkrankungen	☐ ja	☐ nein
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	☐ ja	☐ nein
andere Erkrankungen?	_____	

Tragen Sie ein Hörgerät?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk?	☐ ja	☐ nein
Für unsere Patientinnen:	Besteht eine Schwangerschaft?	☐ ja ☐ nein
	Nehmen Sie eine Antibaby-Pille?	☐ ja ☐ nein

Wir machen Sie darauf aufmerksam, daß nach einer örtlichen Betäubung im Kieferbereich Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein kann.

Rahden, den _____

Unterschrift