



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) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Arthrose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bandscheibenvorfälle und/ oder Beckenschiefstand | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma / Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutkrankheiten / Gerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nasennebenhöhlenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 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