



Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten.
Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht.

Patient	Name	Vorname	geb.
Mitglied	Name	Vorname	geb.
Anschrift	Straße	Nr.	
	PLZ	Ort	Tel.
	Handy	e-mail	Fax
Beruf Arbeitgeber	Beruf	Arbeitgeber	Tel
	Anschrift des Arbeitgebers		
Krankenkasse/ Versicherung			
Versicherung gesetzlich	pflichtversichert	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	freiwillig versichert	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Zusatzversicherung / wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Versicherung privat	vollversichert	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Beihilfe / wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Standardtarif	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Wichtige Hinweise

1. Die Praxis wird nach dem "Bestellsystem" geführt. Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher freigegebene Behandlungszeiten werden daher in Rechnung gestellt !
2. Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Spritze nicht mehr fahrtüchtig sein können.
3. Bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes, auch eine Schwangerschaft, unaufgefordert vor der Behandlung mitteilen.

Wie sind Sie zu uns gekommen?

Empfehlung von
Überweisung von
Sonstiges (Internet, Telefonbuch , ...)

Haben Sie ein akutes zahnmedizinisches Problem?

(Schmerzen, Zahnfleischbluten, Probleme mit Zahnersatz, ...)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen: (wenn ja, bitte genauere Angaben)

Allergien	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes) - welcher Typ	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
M. Parkinson	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Augenerkrankung (z. B. erhöhter Augendruck, grüner Star...)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (Gelbsucht)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose (Medikamente)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>



Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen: (wenn ja, bitte genauere Angaben)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
• Angina-pectoris	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
• Herzrhythmusstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
• Herzschrittmacher	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
• Herzklappenerkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
• erhöhter Blutdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
• verminderter Blutdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
• Durchblutungsstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten - wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
• Hepatitis	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
• Immunmangelsyndrom (HIV)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Rheumaerkrankungen - wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen - wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Frühere Operationen - wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Weitere Fragen (wenn ja, bitte genauere Angaben)

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Name und Anschrift des Arztes	
Sind Sie im letzten Jahr von einem Zahnarzt geröntgt worden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann? Wo?	
Nehmen Sie Medikamente	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Mittel (ASS, Marcumar, Plavix,...) - wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie einen Unfall mit Verletzungen im Kopfbereich - wenn ja, wann?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Ohrengeräuschen (Tinnitus) - wenn ja, seit wann?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Verursachen Ihre Kiefergelenke Geräusche (Gelenkknacken)?	häufig <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sind einzelne Zähne empfindlich (Aufbeißschmerz, Heiß-/Kalt-Schmerz)?	ja <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Können Sie den Mund normal weit öffnen?	ja <input type="checkbox"/> unterschiedl. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Können Sie auch harte Speisen kauen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Farbe, Form und Stellung ihrer Zähne zufrieden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Welches ist Ihr wichtigstes Anliegen?

Behandlungsphilosophie:

<input type="checkbox"/> Ich möchte möglichst kostengünstig, soweit möglich innerhalb meiner Bezuschussungsrichtlinien versorgt werden, auch wenn dies manche modernen Behandlungsmethoden ausgrenzt. Bitte klären Sie mich über die wichtigsten Einschränkungen auf.	<input type="checkbox"/> Ich wünsche mir im Rahmen meiner Möglichkeiten eine moderne Betreuung durch Ihre Praxis. Ich bin bereit, für eine über die Bezuschussungsrichtlinien hinausgehende Untersuchung, Diagnose + ausführliche Beratung privat zuzuzahlen. Dafür möchte ich einen auf mich individuell zugeschnittenen Behandlungsplan unter wirtschaftlichen und fachlichen Kriterien. Am wichtigsten ist mir Funktion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ästhetik	<input type="checkbox"/> Ich wünsche mir von Ihnen eine Betreuung und Behandlung nach allen Regeln der Kunst. Ich möchte über die entstehenden Kosten vorab informiert sein, um die Bezuschussung mit meinem Kostenträger abzuklären.
---	--	---

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit

Datum	Unterschrift d. Patienten
-------	---------------------------