



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre medizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße+Nr. _____ Postleitzahl+Ort _____
Telefon privat _____ geschäftlich _____
Mobil _____ E-Mail _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße+Nr. _____ Postleitzahl+Ort _____
Telefon privat _____ geschäftlich _____
Mobil _____ E-Mail _____

Krankenkasse Name

- Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse Zusatzversichert
 Standardtarif (1,7fach) Anspruch auf Beihilfe

Schön, dass Sie bei uns sind ...

Kennen Sie unsere Praxis-Website unter **www.zahnarzt-oyten.de**? ja nein
Haben Sie uns in einem Bewertungsportal gefunden? ja nein
Sind wir Ihnen empfohlen worden? ja nein durch wen: _____

Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Grund Ihres Besuches? _____
Worauf legen Sie besonderen Wert? _____
Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____
Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? ja nein

Möchten Sie von uns regelmäßig an Ihren Kontrolltermin (Recall-System) erinnert werden? ja nein

Wenn ja, dann ... per E-Mail per Brief
Dürfen wir Sie vor langen Terminen telefonisch kontaktieren: ja nein

Sie sind an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

- professionelle Zahnreinigung Zahnersatz Bleaching (Zahnaufhellung)
 Parodontitisbehandlung Wurzelbehandlung Implantologie
 Amalgamsanierung Zahnästhetik
 Sonstiges _____

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

- Zähneknirschen Zahnschmerzen Zahnfleischbluten
 Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken Zahnverfärbungen Mundgeruch Zahnlockerungen
 Sonstiges _____

Wechselwirkungen von Medikamenten / akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (z.B. auch gerinnungshemmende Medikamente, sogenannte Blutverdünner)?

Allergien

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja nein Wenn ja, welche? _____
Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein Haben Sie Asthma? ja nein

Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz) ja nein Herzpass ja nein
Herzasthma, Angina Pectoris ja nein Herzklappenersatz/Herzfehler ja nein
Herzschrittmacher / Stent ja nein hoher Blutdruck ja nein
Herzinfarkt ja nein niedriger Blutdruck ja nein

Medikament: _____

Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankung ja nein
Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Medikament: _____

Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A/B/C) ja nein Tuberkulose ja nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ja nein
Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? ja nein Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
Creutzfeldt-Jakob ja nein

Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie) ja nein Blutarmut (Anämie) ja nein

Medikament: _____

Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle ja nein Krämpfe ja nein
Psychosomatische Erkrankungen ja nein Ohnmachtsanfälle ja nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein Sonstiges? _____

Magen-/ Darmerkrankungen

Erkrankter Magen- und Darmtrakt ja nein

Nierenerkrankungen

Erkrankte Niere ja nein

Osteoporose

ja nein

Tumorerkrankungen

z.B. Bisphosphonat-Therapie ja nein

Schwangerschaft

Wenn ja, in welcher SSW? _____ SSW
Stillen Sie? ja nein

Drogen

Drogenabhängigkeit ja nein
Rauchen Sie? ja nein

Alkoholabhängigkeit ja nein

Ess-Störungen

ja nein

Röntgen

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein

Augenerkrankungen

Leiden Sie unter einem Glaukom/Grüner Star? ja nein

Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung? ja nein

Hausarzt/Heilpraktiker _____ Facharzt _____

Straße+Nr. _____ Straße+Nr. _____

Postleitzahl+Ort _____ Postleitzahl+Ort _____

Telefon _____ Telefon _____

E-Mail _____ E-Mail _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Bitte beachten Sie: Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Wartezeiten lassen sich trotz guter Organisation und Planung jedoch nicht immer völlig umgehen. Wir sind bemüht, Ihnen in jedem Fall unnötige Wartezeit zu ersparen. Sollten Sie einen vereinbarten Termin einmal nicht einhalten können, sagen Sie ihn bitte spätestens 24 Stunden vorher ab, so dass wir noch die Möglichkeit haben, diesen Termin anderen Patienten anzubieten.

**Sollten Sie jedoch Ihre Termine bei uns ohne Absage versäumen,
beenden wir nach dem dritten versäumten Termin das Arzt- / Patientenverhältnis.**

Datum _____ Unterschrift _____