

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. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient

(Herr/Frau/Kind)	Name	Vorname	geb.
Straße/Hausnummer		Telefon dienstlich/privat	
Postleitzahl	Ort	e-mail Adresse	

### Versicherter

(Herr/Frau/Kind)	Name	Vorname	geb.
Straße/Hausnummer		Telefon dienstlich/privat	
Postleitzahl	Ort		
Name der Krankenkasse mit Geschäftsstelle o. Versicherung (nur bei privat versicherten Patienten)			

Durch wen wurden Sie an unsere Praxis empfohlen?

---

Sehr geehrter Patient,

Sie kommen in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. 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 Falle eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§ 615 / 280 BGB).

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

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Mit der Erfassung und Bearbeitung meiner Daten gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden.

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

Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Wir verstehen uns als eine moderne zahnärztliche Praxis. Das heißt ein Teil unserer Behandlungsstrategie ist die Durchsetzung eines umfangreichen Prophylaxeconzeptes. 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**

- 1. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?  Ja  Nein
- 2. Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?
  - Asthma (schwere Atemnot)  Ja  Nein
  - Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen  Ja  Nein
  - Unverträglichkeit von Medikamenten  Ja  Nein
  - Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
  - Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein
  - Wie ist der Blutdruck? \_\_\_\_\_  niedrig  normal  hoch
  - Herzinfarkt  Schlaganfall  Lähmungen, ggf. wann? \_\_\_\_\_  Nein
  - Gelbsucht  Leberkrankheiten, ggf. wann? \_\_\_\_\_  Nein
  - Zuckerkrankheit (Diabetes)  Ja  Nein
  - Gelenkerkrankungen, wie Rheuma, PCP  Ja  Nein
  - Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein
  - Epileptiforme Anfälle  Ja  Nein
- 3. Leiden Sie unter Bluterkrankungen o. Blutgerinnungsstörungen?  Ja  Nein
- 4. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein
- 5. Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? Ggf., welches Ergebnis?  +  -
- 6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- 7. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_
- 8. Sonstige Hinweise/ Allergien  
\_\_\_\_\_
- 9. Wer ist Ihr Hausarzt / Facharzt?  
\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_
- 10. (Frauen) Besteht eine Schwangerschaft?  Ja, \_\_\_ Woche  Nein

Raum für Notizen des Behandlers Aktuelle Beschwerden: _____ _____ _____ _____ Erfahrungen/Erwartungen _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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