

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir Ihre Personalien und Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies dient uns zur risikofreien und adäquaten Behandlung. Spätere Änderungen teilen Sie uns bitte umgehend mit. Ihre Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie bei der Beantwortung einzelner Punkte Schwierigkeiten haben, fragen Sie uns - wir helfen Ihnen gerne weiter.

Patient

\_\_\_\_\_  
 (Name) (Vorname) (Geb.datum)

Versicherter

\_\_\_\_\_  
 (Name) (Vorname) (Geb.datum)

Anschrift

\_\_\_\_\_  
 (Straße/Hausnr.) (PLZ/Ort)

Kontakt

\_\_\_\_\_  
 (Telefon privat) (geschäftl.) (mobil)

Beruf

\_\_\_\_\_

Arbeitgeber

\_\_\_\_\_

Hausarzt

\_\_\_\_\_

letzter Zahnarztbesuch

\_\_\_\_\_

Versicherung

\_\_\_\_\_

Pflichtversichert

Freiwillig

Private Zusatzversich.

Beihilfe

Was führt Sie zu uns?

Zahnfleischbluten

Zahnschmerz

Kontrolluntersuchung

Beratung

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von \_\_\_\_\_

Überweisung

Google

Social Media (Facebook)

Jameda

"Recall": Bitte erinnern Sie mich per Post an regelmäßige Kontrolluntersuchungen und Vorsorgetermine

Ja

Nein

Sind Sie an ästhetischen Änderungen interessiert ?  
 (Optik, Zahnfarbe, Stellung, Lücken, etc.)

Ja

Nein

Dürfen wir Sie per Email kontaktieren ?

(z.B. für Terminerinnerungen oder Newsletter)

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
 (E-Mail Adresse)

Was ist Ihnen bei Ihrer zahnärztlichen Betreuung besonders wichtig ?

\_\_\_\_\_

Die nachfolgenden Angaben sind notwendig, damit wir Risiken und Komplikationen während der Behandlung vorbeugen können. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen ?

- Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Infektionskrankheiten ?  
HIV (AIDS) , Tuberkulose (Tbc) , MRSA , Hepatitis
- Hormonelle Erkrankungen (Diabetes, Schilddrüse)  Blutgerinnungsstörungen
- Chronische Erkrankungen (Rheuma, Krebs, Epilepsie, etc.) \_\_\_\_\_
- Asthma / Lungenerkrankungen  Nervenerkrankungen
- Lebererkrankungen  Nierenerkrankungen
- Haben Sie Erkrankungen, die oben nicht aufgeführt wurden ? Welche ? \_\_\_\_\_
- Rauchen Sie ? Wenn ja, wieviele täglich ? \_\_\_\_\_  Drogen / übermäßiger Alkoholkonsum ? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ?  
(z.B. gegen Blutgerinnung o.ä.) Art und Menge: \_\_\_\_\_
- Herzerkrankungen (Schrittmacher, Blutdruck etc.)  Haben Sie psychische Probleme (auch Therapie) ? \_\_\_\_\_
- Haben Sie bestimmte Allergien oder Arzneimittelüberempfindlichkeiten ? \_\_\_\_\_
- Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt ? \_\_\_\_\_
- Für Patientinnen:  Sind Sie schwanger ? ( \_\_ Monat)  
 Stillzeit ( \_\_ Monat)

**BITTE BEACHTEN SIE:**

Nach einer zahnärztlichen Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) kann es u.U. zu folgenden Komplikationen kommen: Hämatom (Bluterguss), Irritation des N. Alveolaris Inf. / Nervschädigung, Einschränkung der Verkehrstüchtigkeit.

Sie kommen zur Behandlung in eine Bestellpraxis. Dies bedeutet in der Regel geringe Wartezeiten für Sie. Wenn Sie Ihren vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie spätestens 24 Stunden vorher um eine Benachrichtigung.

Unsere Liquidation erfolgt über das FRH Rechenzentrum.

Ihre Behandlungsdaten werden in unserem Zahnzentrum elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)).

Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit den obigen Informationen einverstanden.

\_\_\_\_\_  
(Ort/Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Patientin / des Patienten)