

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnärztlichen Wünsche und Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist überaus wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte nehmen Sie sich daher kurz etwas Zeit, um beide Seiten sorgfältig durchzulesen und wahrheitsgetreu auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollte sich etwas an Ihren Angaben ändern, teilen Sie uns dies bitte umgehend mit. Vielen Dank!

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße		PLZ/Ort
Arbeitgeber	Telefon (geschäftlich)	Telefon (privat)
Krankenkasse	Versicherter (Name, Vorname)	Versicherter (Geburtsdatum)
Versicherter (Adresse)		E-Mail

## Wichtige Informationen

### Bestellpraxis

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen längere Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Sie da. Allerdings ist Qualitätsarbeit nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte beachten Sie deshalb, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte (GOÄ 9) berechnen müssen.

### Amalgam

Wir verwenden in unserer Praxis kein Amalgam, wir arbeiten ausschließlich mit Composite. Möchten Sie von uns über neuere und bessere zahnmedizinische Leistungen informiert werden (z.B. im Bereich der Prophylaxe oder Füllungstherapie), auch wenn diese Leistungen nur teilweise oder gar nicht von den Krankenkassen übernommen werden?

- ja       nein

### Recall

Wir bieten Ihnen in unserer Praxis an, Sie an Ihren nächsten Termin zu erinnern, insbesondere bei Prophylaxe und Parodontalbehandlungen. Bitte fragen Sie dazu eine unserer Mitarbeiterinnen.

**Bitte wenden!**

### Ärztliche Behandlungen

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

ja  nein

Wenn ja, warum?

---

### Hausarzt/Facharzt

Name, Adresse, Kontakt/Telefonnr:

---

---

### Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelm. ein?

---

---

### Bisphosphonate

Nehmen Sie Bisphosphonate?

ja  nein

Wenn ja, in welcher Form? (i.v., Tabletten...)

---

### Allergien

Besitzen Sie einen Allergiepass?

ja  nein

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit/Allergie?

---

---

### Herzerkrankungen

Bitte kreuzen Sie das auf Sie zutreffende an.

Herzschwäche/Insuffizienz  ja  nein

Unregelmäßiger Herzschlag  ja  nein

Herzasthma  ja  nein

Herzschrittmacher  ja  nein

Herzklappenersatz  ja  nein

Sonstiges

---

### Kreislaufstörungen

Bitte kreuzen Sie das auf Sie zutreffende an.

Bluthochdruck (Hypertonie)  ja  nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  ja  nein

Herzinfarkt (Myokardinfarkt)  ja  nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende  
Medikamente?  ja  nein

### Vegetative Erkrankungen

Nehmen Sie Aufputzmittel?  ja  nein

Beruhigungsmittel?  ja  nein

Sonstiges

---

### Bluterkrankungen

Bitte kreuzen Sie das auf Sie zutreffende an.

Blutungsneigung (Hämophilie)  ja  nein

Blutarmut (Anämie)  ja  nein

Sonstiges

---

### Infektionskrankheiten

Bitte kreuzen Sie das auf Sie zutreffende an.

Gelbsucht (Hepatitis)  ja  nein

Tuberkulose ("Morbus Koch")  ja  nein

Atemwegserkrankung  ja  nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit  ja  nein

HIV / AIDS  ja  nein

MRSA (Resistente Bakterien)  ja  nein

Sonstiges

---

### Weitere Angaben

Sind Sie Raucher?  ja  nein

Drogenabhängig?  ja  nein

Alkoholabhängig (gewesen)?  ja  nein

### Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

**Sollte sich etwas an Ihrer Situation oder  
Medikamenteneinnahme verändern, teilen Sie  
uns dies bitte umgehend mit.**