

**PATIENT**

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
_____	_____	_____
Straße:	Postleitzahl, Ort:	Telefon:
_____	_____	_____
Beruf:	E-Mail-Adresse:	Telefon dienstlich:
_____	_____	_____

**KRANKENVERSICHERUNG**

Privat  Beihilfe  eingeschränkter Leistungsumfang (Basistarif)  Gesetzliche Krankenkasse  Zusatzversicherung

Versicherungsunternehmen: \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_

Anlass des Besuches: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt/Zahnarzt, Empfehlung von: \_\_\_\_\_

**ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE**

**ja**      **nein**

**Herz-Kreislauferkrankungen**

(Rheumatisches Fieber, Klappenfehler, Angeborener Herzschaden, Herzchirurgie, Endokarditis, Herzinfarkt, etc.)      

Andere Herz-Kreislauferkrankungen: \_\_\_\_\_

**Infektiöse Erkrankungen**

Hepatitis .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/>
HIV Infektion .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herpes simplex Infektion .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tuberkulose .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**Andere Erkrankungen**

Hämophilie, oder andere Blutgerinnungsstörungen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Starke Blutungsneigung (nach Zahnextraktionen etc.) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiatio oder Chemotherapie .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leukämie .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankungen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arthritis, Rheuma .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenkersatz (Hüfte etc.) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaukom .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Allergien** (Lokalanästhetika, Penicillin oder andere Antibiotika,

Sulfonamide, Barbiturate, Aspirin oder andere Schmerzmittel, Jod)      

Detaillierte Angabe: \_\_\_\_\_

**FRAUEN**

Sind Sie schwanger? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Kontrazeptiva (Pille)? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stillen Sie zur Zeit? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Leiden Sie an einer anderen, nicht genannten Erkrankung über die wir unterrichtet sein sollten?

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja welche?

---

Raucher, wenn ja wie viel Zigaretten/Tag:

---

**ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE**

**ja      nein**

Gab es unvorhergesehene Zwischenfälle bei einem früheren Zahnarztbesuch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist es für Sie wichtig Ihre eigenen Zähne zu erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie unzufrieden mit dem Aussehen Ihrer Zähne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie unzufrieden mit der Funktion Ihrer Zähne (Kauen, Sprache)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empfinden Sie mindestens einmal pro Woche Schmerzen, wenn Sie kauen oder Ihren Kiefer weit öffnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empfinden Sie mindestens einmal pro Woche Schmerzen in den Schläfen, im Gesicht, in den Kiefergelenken oder im Ober- oder Unterkiefer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie kürzlich eine Blockade bei der Kieferöffnung bemerkt, sodass Sie den Mund nicht mehr weit aufmachen können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie mehr als einmal pro Woche Kopfschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie einen Unfall im Kopf-, Halsbereich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bemerken Sie Kiefergelenkgeräusche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pressen oder knirschen Sie mit Ihren Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tragen Sie eine Knirscherschiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie empfindliche Zähne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bemerken Sie Mundgeruch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bemerken Sie Zahnfleischbluten beim Zähneputzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung (Spange)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde bei Ihnen bereits eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie aktuell Zahnschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Stört Sie etwas bei zahnärztlichen Behandlungen, wenn ja was?

---

Wann und wo waren Sie das letzte mal in zahnärztlicher Behandlung?

---

Datum der letzten professionellen Zahnreinigung:

---

**ERKLÄRUNG**

Ihre Zeit und Gesundheit sind uns wichtig! Deshalb wird unsere Praxis im Bestellsystem geführt. Die notwendige Behandlung Ihrer Zähne erfolgt nach einem genau festgelegten Zeitplan. Ihre Behandlungszeit wird daher exklusiv für Sie reserviert. Sollten Sie einmal einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie **spätestens 24 Stunden** vorher um Nachricht. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir reservierte, aber nicht in Anspruch genommene Behandlungszeit in Rechnung stellen können.

Gesetzliche versicherte Kassenpatienten: Wird die Krankenversicherungskarte nicht vorgelegt, müssen wir die Behandlungskosten privat in Rechnung stellen.

**Meine Gesundheitsangaben sind nach besten Wissen vollständig und richtig.**

Ort, Datum

---

Unterschrift – Patient (Eltern/Erziehungsberechtigter bei Patienten <18 Jahre)

---