

Patient Herr/Frau Name _____ Vorname _____ geb. (+Ort) _____
 Mitglied/Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____
 Anschrift PLZ _____ Ort _____
 Strasse/Nr. _____ Tel. _____
 E-Mail-Adresse _____ Mobil _____
 Beruf _____ Arbeitgeber _____
 Name der Krankenkasse/Privatkrankenkasse _____
 Beihilfeberechtigt zusätzlich versichert freiwillig versichert

ALLGEMEINE SITUATION

Allergie/Medikamentenallergie (z.B. Penicillin) ja / nein

 Blutdruck: niedrig normal hoch
 Herzerkrankungen / Herzrhythmusstörungen
 Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
 Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS)?
 Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV)
 Diabetes (Zuckerkrankheit)
 Schilddrüsenerkrankung
 Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein?
 Wenn ja, welche? _____

 Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel/Tag? _____

ZAHN-MUND-SITUATION

Zahnfleischbluten ja / nein

 Zahnfleischrückgang
 Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen)
 Schmerzen am Kopf oder im Nacken?
 Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form Ihrer
 Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?
 Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?
 Vor _____ Monaten
 Besteht eine Schwangerschaft?
 Ja ____ (Woche) Nein Ungewiss
 (Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn
 während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!)

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)