



Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Handy: _____

Hausarzt: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Versicherter (nur falls abweichend vom Patient)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Handy: _____

Krankenkasse / Krankenversicherung:

Beihilfe

Waren Sie bereits Patient in unserer Praxis? Wenn nein:
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

ja

nein

Empfehlung von: _____

Wünschen Sie eine besondere Beratung über

- Zahnimplantate
- Individualprophylaxe / profession. Zahnreinigung
- Paradontalbehandlung
- sonstiges: _____

Wie dürfen wir Sie künftig an Termine erinnern?

Erinnerung per:

- Anruf E-Mail SMS

Sonstiges / Ergänzungen?

Bitte teilen Sie uns Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Adresse, Telefonnummer oder Versicherung mit. Vielen Dank!

Datum

Unterschrift



Name _____

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin, damit wir Ihnen eine optimale und komplikationsfreie zahnärztliche Behandlung ermöglichen können, bitten wir Sie um folgende Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Alle Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein ja ja (welche?) _____

Wichtig: Bitte geben Sie jedes Medikament an, das Sie einnehmen.

Leiden Sie an einer der folgenden Herz-/Kreislauf-Erkrankungen?

nein ja ja (welche?)

- hoher Blutdruck
- Rhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern)
- Herzschrittmacher
- Herzinfarkt
- Herzpass
- Herzklappenfehler
- Herzschwäche
- künstliche Herzklappe
- anderes: _____

Atemwegs-/Lungen-Erkrankungen?

nein ja ja (welche?)

- COPD
- Asthma
- Schlafapnoe
- Schnarchen
- anderes: _____

Schlaganfall / Epilepsie / Krampfleiden:

nein ja ja (welche?) _____

Diabetes:

nein ja ja (welche?) Typ 1 Typ 2

Organtransplantation:

nein ja ja (wann? / welches Organ?) _____

Tumorerkrankungen / Immunschwäche (z.B. bei Chemotherapie, Bestrahlung, Einnahme v. Immunsuppressiva):

nein ja ja (welche?) _____

Infektionskrankheiten

nein ja ja (welche?) HIV Hepatitis anderes: _____

Rauchen Sie?

nein ja ja (wieviel?) _____

Allergien / Unverträglichkeiten:

nein ja ja (welche?) _____ Allergiepass

Kopf- oder Kiefergelenkschmerzen:

nein ja ja (welche?) _____

Osteoporose:

nein ja Haben Sie Bisphosphonate erhalten (z.B. Aredia®, Zometa®)? nein ja

Haben Sie Probleme mit dem Zahnfleisch?

nein ja

Sind Sie schwanger?

nein ja

Sonstiges: _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihre Kenntnisnahme und Richtigkeit der obigen Angaben. Bitte teilen Sie uns Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Anschrift mit. Vielen Dank!