

Ihr Praxis Logo

— hier —

Herzlich Willkommen
in unserer Zahnarztpraxis!

Name		
Vorname	Geburtstag	
	M	W D
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Geschlecht		
Telefon (mobil)		
E-Mail		Hausarzt
Versicherung		
privat versichert <input type="checkbox"/>	gesetzlich versichert <input type="checkbox"/>	freiwillig versichert <input type="checkbox"/>

Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied:

Name		
Vorname	Geburtstag	
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Telefon		
Beruf		Arbeitgeber

Für privat Krankenversicherte:

Sind Sie beihilfeberechtigt?

ja nein

Sind Sie in einem Basistarif der privaten Krankenversicherung versichert?

ja nein

Für gesetzlich Krankenversicherte:

Haben Sie eine private Zusatzversicherung?

ja nein

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in unserer Praxis und
haben einen Anamnesebogen ausgefüllt?

ja nein

Wer ist Ihr Hauszahnarzt?

Name		
Ort	Telefon	

Anlass Ihres Praxisbesuches:

Routinekontrolle

PZR

Aligner-Beratung

Zahnschmerzen

Bleaching / Zahnaufhellung

Sonstige Gründe

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung

Website

Anzeigen / Zeitungen / Magazine

Facebook

Bewertungsportale

Sonstige:

Allgemeine Anamnese

Diabetes (Zuckerkrankheit)	ja	nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege / Asthma	ja	nein
Nervenerkrankungen	ja	nein
Epilepsie	ja	nein
Nierenerkrankung	ja	nein
Lebererkrankung	ja	nein
Magen-Darm-Erkrankung	ja	nein
Tumorerkrankung / Chemotherapie	ja	nein
Grüner Star (Glaukom)	ja	nein
Schilddrüsenkrankung	ja	nein
Sonstiges:		

Herzkrankungen:

Leiden Sie unter Bluthochdruck?	ja	nein
Haben oder hatten Sie eine Herzkrankung?	ja	nein
Haben Sie angeborene oder erworbene Herzfehler?	ja	nein
Haben Sie eine Herzklappenprothese?	ja	nein
Haben oder hatten Sie Endokarditis?	ja	nein
Hatten Sie Herzoperationen?	ja	nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	ja	nein
Hatten Sie im letzten Jahr einen Herzereinfarkt?	ja	nein
Sonstiges:		

Infektionskrankheiten:

Hepatitis	ja	nein
HIV-Infektion, AIDS	ja	nein
Tuberkulose	ja	nein
Krankenhauskeime (z.B. MRSA)	ja	nein
Creutzfeldt-Jakob (CJK) Varianten	ja	nein
Sonstige:		

Haben Sie Schmerzen oder Beschwerden?

Leiden Sie unter Zahnschmerzen?	ja	nein
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja	nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja	nein
Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen?	ja	nein
Haben Sie sich bereits zum Thema Prophylaxe informiert?	ja	nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	ja	nein
Leiden Sie unter Mundgeruch?	ja	nein
Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	ja	nein
Haben Sie häufig Kopfschmerzen?	ja	nein
Hatten Sie schon eine Parodontosebehandlung?	ja	nein
Wenn ja, wann?		

Zu welchem Thema haben Sie noch Fragen?

Nehmen Sie Medikamente

Blutdruckmedikamente	ja	nein
Herzmedikamente	ja	nein
Schmerzmittel	ja	nein
Antidepressiva	ja	nein
Bisphosphonate	ja	nein
Schilddrüsenmedikamente	ja	nein
Kortison	ja	nein
Asthaspray	ja	nein
Blutverdünnende Medikamente	ja	nein
Sonstige:		

Längere Blutungszeit nach Verletzungen?	ja	nein
Andere nicht aufgeführte Krankheiten?	ja	nein
Wenn ja, welche?		
Haben Sie Allergien?	ja	nein
Wenn ja, welche?		
Haben Sie Unverträglichkeiten gegen örtliche Betäubungen?	ja	nein
Medikamente?	ja	nein
Wenn ja, welche?		

Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig?	ja	nein
Wenn ja, welche Substanzen		
Rauchen Sie?	ja	nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten?		

Sind Sie schwanger?	ja	nein
Wenn ja, welcher Monat?		

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?	ja	nein
Behandelnder Arzt?		

Herzlichen Dank für das von Ihnen entgegen gebrachte Vertrauen und Ihre Mitarbeit. Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Zahnarztpraxis.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit der Speicherung und Weiterverarbeitung bei unseren Partnern oder Kooperationslaboren, sowie unsere externen Abrechnungsstelle (siehe Aushang) einverstanden.

Datum

Unterschrift (Patient / Zahlungspflichtiger / gesetzlicher Vertreter)