

PERSÖNLICHE DATEN

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum, Geburtsort

.....
Straße, Hausnummer

.....
Postleitzahl, Ort

.....
E-Mail Privat

.....
Telefon privat, Mobil

.....
Beruf

.....
Arbeitgeber (optional)

.....
Telefon dienstlich (optional)

.....
Name des Erziehungsberechtigten
(bei Minderjährigen)

VERSICHERUNG (mehrere Antworten möglich)

.....
Name der Krankenkasse

Gesetzlich versichert

Zusatzversicherung

Privat versichert

Beihilfeberechtigt

Standardtarif/Basistarif

ALLGEMEINE ANGABEN

.....
Name des Hausarztes

.....
Ort der Praxis

.....
Name des vorherigen Zahnarztes

.....
Ort der Praxis

.....
Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne gemacht?

.....
Tragen Sie einen Zahnersatz? Wenn ja, seit wann?..... Welche Art von Zahnersatz?

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Persönliche Empfehlung von

Überweisender Arzt

Im Vorbeigehen

Google-Suche

Website

Facebook

Bewertungsportal

Plakat

Zeitungsartikel

Sonstiges:

.....

SIE SIND UNS WICHTIG

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?
.....
.....

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?.....
.....
.....

Dürfen wir Ihnen den Service bieten Sie an Ihre Vorsorge zu erinnern?

per E-mail

per Brief

ich will nicht am Recall System teilnehmen

IHR PERSÖNLICHER GESUNDHEITSCHECK

Ich habe keine Erkrankung

Ich habe/hatte

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> hohen/niedrigen Blutdruck | <input type="checkbox"/> einen Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> eine Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Rheumatische Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> eine Augenerkrankung |

Ja Nein

- Allergien (z.B. Penicillin, Latex, Anästhetika)?
wenn ja, welche?
- Herzerkrankungen
(z.B. künstl. Herzklappen, Herzschrittmacher)
wenn ja, welche?
- Infektionskrankheiten
 HIV Hepatitis Tuberkulose
 Sonstige:.....
- Chemotherapie/Bestrahlung?
wenn ja, wann?

Ja Nein

- Rauchen Sie?
seit wann und wie viel?.....
- Konsumieren Sie Drogen?
seit wann und welche?.....
- Trinken Sie oft Alkohol
seit wann und wie oft?.....
- Reaktion auf Medikamente (z.B. Antibiotika)?
wenn ja, auf welche?
- Sonstige Erkrankungen? (Leber, Niere, Lunge, etc.)
.....

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?

Ja (kreuzen Sie an welche) Nein

- Herzmedikamente (Beta-Blocker, Ramipril, etc.) wenn ja, welche?
- Schmerzmittel (Ibuprofen, Paracetamol, Aspirin, etc.) wenn ja, welche?
- Blutverdünnende Mittel (ASS, Macumar, Xarelto, Heparin, etc.) wenn ja, welche?
- Ich habe schon Bisphosphonate bekommen (z.B. Zometa, Aclasta, Actonel, Forsamax, etc.)
- Ich nehme folgende andere Medikamente ein:

FÜR UNSERE PATIENTINNEN:

Ich nehme die Pille Ich bin schwanger im Monat Ich stille

IHRE MUNDGESUNDHEITSSITUATION:

- Ich habe Zahnfleischbluten oder Zahnfleischrückgang
- Meine Zähne sind gelockert
- Ich leide unter Mundgeruch oder schlechtem Geschmack im Mund
- Ich knirsche mit den Zähnen
- Ich bin mit der Stellung, Farbe und Form meiner Zähne unzufrieden
- Ich habe Migräne / Kopfschmerzen / Nackenschmerzen
- Ich habe Geräusche und/oder Beschwerden im Kiefergelenk

ICH HABE EIN SPEZIELLES ANLIEGEN, WELCHES MICH IN DIE PRAXIS FÜHRT

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Schlafmedizin | <input type="checkbox"/> Laserzahnheilkunde | <input type="checkbox"/> Zahnaufhellung |
| <input type="checkbox"/> Prof. Prophylaxe | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Zweitmeinung | <input type="checkbox"/> Sonstiges:..... |
| <input type="checkbox"/> Implantologie | <input type="checkbox"/> KFO für Erwachsene | <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz | |

Unsere Praxis ist eine Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert.
Wir bitten Sie daher Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir Ihnen den Ausfall ansonsten in Rechnung stellen müssen.

- Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) liegt in der Praxis aus.



Datum, Unterschrift