



Herzlich willkommen in unserer Praxis !



Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren **allgemeinen Gesundheitszustand**. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen **Schweigepflicht**. Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!!

Name des Patienten: _____ Vorname : _____ Geburtstag : _____

Versicherungsnehmer (bei Familienversicherten): _____

Straße: _____ PLZ& Ort: _____

Telefon: _____ Handy-Nr: _____ E-mail: _____

Krankenkasse/Versicherung : _____, wenn privatversichert: Vollvers. Basis-/Standardtarif

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____

Bitte nur ankreuzen, falls die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:

Ich bin mit Funktion und Aussehen meiner Zähne bzw. meines Zahnersatzes zufrieden Ich habe Zahnschmerzen u. wünsche lediglich Schmerzbeseitigung

Ich möchte eine zahnmediz. Behandlung ,die mich als Patient optimal versorgt und über das „Notwendige und Zweckmäßige,, hinausgeht (vgl. SGB V,§ 12 Abschnitt 1) Ich möchte von Ihnen tel. oder schriftl. an die Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden
(Recall)
 per Tel. per mail per _____

Mein Hauptanliegen ist: _____

Ich habe folgende besondere Wünsche an die Behandlung: _____

Ich wünsche besondere Beratung über:

Professionelle Zahnreinigung und Prophylaxe Hochwertigen Zahnersatz
Schnarcher,- oder Knirscherschiene Implantate
Sportlerschutzschiene Spritzen ohne Taubheitsgefühl

Ich habe oder hatte folgende Erkrankungen:

Herzerkrankungen Asthma Osteoporose Lebererkrankung
Herzschrittmacher Rheuma Schilddrüse Gerinnungsstörung
Kreislauferkrankung Hepatitis Immunschwäche Thrombose
Diabetes HIV (AIDS) Tumorerkrankung grüner Star(Glaukom)

Sonstige Erkrankungen: _____ Schwangerschaft _____ Monat

Ich nehme folgende **Medikamente**: _____

Ich nehme **Blutverdünnungsmittel** z.B. ASS , Marcumar , Xarelto , Clopidogrel , Eliquis , Plavix oder : _____

Ich habe folgende **Allergien** : _____

Es traten folgende **Komplikationen bei früheren Zahnbehandlungen** auf: _____

Ich war in den letzten 12 Monaten im **Krankenhaus** wegen: _____

Ich kann ein aktuelles Zahnröntgenbild mitbringen oder anfordern

Meine **Hausärzte** sind: _____ Eure Praxis wurde mir empfohlen von: _____

Die Infos zum Datenschutz, die in unserer Anmeldung aushängen, habe ich gelesen, verstanden und akzeptiere sie. Ich berechtere Euch meine Behandlungsdaten einem etwaigen Praxispartner/Praxisnachfolger Eures Vertrauens zu übergeben!

Sulzbach, den _____ Unterschrift: _____