



Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir freuen uns sehr über Ihr Interesse an einer Behandlung in unserer Praxis und auf Ihren ersten Besuch. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen vollständig. Sie können uns so helfen, uns auf Sie einzustellen und eine umfassende Grundlage für die Behandlungsplanung zu schaffen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: geb.:
Ort: Tel.-Nr.:
Straße:
Versicherter: Krankenversicherung:

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt / Facharzt: Name, Adresse und Telefonnummer:

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?
.....

Allergien: Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Herzerkrankungen: Herzschwäche? ja nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) ja nein
Herzasthma, Angina pectoris ja nein
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz ja nein
Sonstiges?

Kreislaufkrankungen: Zu hoher Blutdruck? ja nein
Zu niedriger Blutdruck? ja nein
Zustand nach Herzinfarkt? ja nein
Sonstiges?

Vegetative Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle? ja nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein
Sonstiges?

Stoffwechsel-Erkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein
Magen - Darmerkrankungen? ja nein
Schilddrüsenerkrankung? ja nein
Sonstiges?

Erkrankung des Nervensystems: Epileptiforme Anfälle? ja nein
Krämpfe? ja nein
Sonstiges?

Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Blutarmut (Anämie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sonstiges?		
Infektions- Krankheiten	Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A/B)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Tuberkulose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, mit welchem Ergebnis?		
	Sonstiges?		
Weitere Angaben:	Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Hiermit weisen wir Sie darauf hin, dass die Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr für 4-6 Stunden nach der Behandlung unter dem Einfluss von Injektionen zur lokalen Anästhesie, die vor oder während der Behandlung verabreicht werden, beeinträchtigt sein kann. Wir bitten unsere weiblichen Patientinnen, uns vor Beginn der Behandlung eine Schwangerschaft unverzüglich mitzuteilen.

--> Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit!

Mit der Beantwortung der folgenden Fragen helfen Sie uns, die Behandlungstermine für Sie komfortabel und zeitlich passend einplanen und auf Ihre Wünsche eingehen zu können.

Wann möchten Sie gern bei uns in der Praxis behandelt werden?	<input type="checkbox"/> vormittags	<input type="checkbox"/> nachmittags
	<input type="checkbox"/> gegen Abend	<input type="checkbox"/> ganztags
Wann können wir Sie telefonisch erreichen?	<input type="checkbox"/> vormittags	<input type="checkbox"/> nachmittags
	<input type="checkbox"/> ganztags	
Bevorzugen Sie längere Behandlungen, in denen (wenn nötig) viel gemacht wird?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bevorzugen Sie kürzere Behandlungen und kommen dafür (wenn nötig) öfter?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf / Kieferbereich geröntgt worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wo?		
Besitzen Sie einen Röntgen-Pass?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wünschen Sie, in unserem Recall-Programm aufgenommen zu werden, um Sie in Zukunft schriftlich an die halbjährliche Kontrolluntersuchung zu erinnern?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einverständniserklärung zu Erinnerung am Recall und Termin	<input type="checkbox"/> E-Mail	<input type="checkbox"/> Post
E-Mail Adresse:		
Diese Einverständniserklärung kann jederzeit gegenüber der Praxis widerrufen werden.		
Besitzen Sie ein Bonusheft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Worauf legen Sie besonderen Wert?

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst?

Datum:

Unterschrift: