

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen! Bitte füllen Sie diesen Bogen gewissenhaft aus, um eine komplikationsfreie und auf Sie abgestimmte Behandlung zu ermöglichen. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Zahnarzt K. Schubert

## Persönliche Angaben

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Straße, PLZ, Ort	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Handy	<input type="text"/>	Hausarzt	<input type="text"/>

Dürfen wir Ihnen den Service bieten,

Sie halbjährlich/jährlich an Ihre Vorsorge/Prophylaxe zu erinnern ? Ja  Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung  Internet  Anzeige  Sonstiges

## Krankenversicherung

Krankenkasse

gesetzlich versichert       Zahnzusatzversicherung       freiwillig versichert  
 privat versichert       beihilfeberechtigt       Basis-Tarif

Daten des Versicherungsnehmers, falls vom Patienten abweichend:

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Straße, PLZ, Ort	<input type="text"/>		

## Zahn-/Mund-Gesundheit

	Nein	Ja
Leiden Sie gelegentlich an Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme mit Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen/Geräusche im Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie, auch gelegentlich, Schmerzen an den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne / Zahnersatz zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?	<input type="text"/>	
Wann wurden beim Zahnarzt zuletzt Röntgenbilder gemacht?	<input type="text"/>	

## Allgemeine Gesundheit

Herz:	Kreislauf:	Medikamente:
Herzinfarkt <input type="checkbox"/>	Niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Angina pectoris <input type="checkbox"/>	Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Herzschritmacher <input type="checkbox"/>	Schlaganfall <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Herzklappenersatz <input type="checkbox"/>	<b>Lunge:</b> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/>	Asthma <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Endokarditisprophylaxe</b> <input type="checkbox"/>	Chronische Brochitis <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

	Nein	Ja	nähere Angaben
<b>Allergien</b> gegen Medikamente (z. B. Penicillin) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Andere Allergien?</b> (Nickel, Jod, etc.) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diabetes mellitus? (Zuckerkrankheit) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, Tbc) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Regelmäßige Kopf- oder Nackenschmerzen? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tumorerkrankungen? (Bestrahlung, Chemo) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Haben Sie noch andere Erkrankungen? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nehmen Sie Blutverdünner? Wenn ja, welche! <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zigaretten pro Tag? <input type="text"/>
Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entbindungs-Termin: <input type="text"/>

**Bitten teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mit. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.**

**Bestätigen Sie bitte die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift**

Datum

Unterschrift

Um kurze Wartezeiten zu ermöglichen wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt, d.h. während Ihres Termins ist kein weiterer Patient einbestellt. Falls Sie einmal einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte frühzeitig (mindestens 24 Stunden vorher) ab. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen.

Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis.

**Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten dürfen und können nach §615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.**

**Bitte drucken Sie die ausgefüllten Seiten aus und bringen Sie ihn zum nächsten Termin mit in die Praxis.**