

Zahnarztpraxis Dr. Jörg Werner

Willkommen in unserer Praxis !

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mein Praxisteam und ich freuen uns sehr, daß Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Wir möchten unsere Untersuchung und Behandlung ganz auf Ihre individuellen Bedürfnisse abstimmen. Dazu benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie diesen Bogen daher sorgfältig und vollständig aus. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Email Adresse _____

Straße _____ PLZ, Ort _____ Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____

Krankenkasse _____ Beruf _____ Arbeitgeber _____

Sind Sie als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse **freiwillig** versichert ? Ja Nein

Sind Sie **beihilfeberechtigt** ? Ja Nein

Falls über eine andere Person mitversichert bzw. im Falle von Minderjährigkeit des Patienten:

Versicherter,
ges. Vertreter:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ, Ort _____ Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns: _____

Bitte nennen Sie Ihr Hauptanliegen: _____

Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Haben Sie zur Zeit oder hatten Sie kürzlich Zahnschmerzen ?..
- Haben Sie Schmerzen beim Kauen oder Gähnen ?
- Leiden Sie unter Zahnfleischbluten ?
- Haben Sie Zahnlockerungen bemerkt ?
- Hat sich in der letzten Zeit die Stellung Ihrer Zähne verändert ?
- Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne unzufrieden ?
- Sind Sie mit der Funktion Ihres Zahnersatzes unzufrieden ?
- Leiden Sie unter Mundgeruch?

Bemerkungen

Sonstige Angaben:

Bitte beachten Sie auch die Rückseite !

Zahnarztpraxis Dr. Jörg Werner

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen (Zutreffendes bitte ankreuzen, ggfs. Bemerkung ergänzen):

	Ja	Nein	Bemerkungen
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinnenhautentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
sonstige Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
zu hoher oder zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenüber- oder Unterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutverdünnungstherapie (Marcumar Tabletten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien (z.B. gegen Penicillin oder Schmerzmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Wenn ja, wogegen ? _____

Besitzen Sie einen Allergiepaß ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis (Infektiöse Leberentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
HIV-positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankung des Immunsystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Organtransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dialysepatient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Strahlentherapie, besonders im Kieferbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht oder bestand Drogenabhängigkeit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht oder bestand Alkoholabhängigkeit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit: _____

Name und Anschrift Ihres Hausarztes : _____

Könnte eine Schwangerschaft vorliegen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monat _____
Haben Sie Betäubungsspritzen immer gut vertragen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gab es Komplikationen während zahnärztl. Behandlung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Wenn ja, welche ? _____

Wann sind zuletzt Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne gemacht worden ? _____

Gibt es andere medizinische Besonderheiten, die für Ihre Behandlung wichtig sein könnten ?

Datum

Unterschrift