Zahnarzt | Praxis

DR. LUTZ | GONSIOR

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wenn Sie zum ersten Mal zu uns in die Praxis kommen, geben Sie uns bitte die im Folgenden gewünschten Auskünfte, damit wir uns einen Überblick über Ihren aktuellen Gesundheitszustand verschaffen können. So wissen wir gleich, worauf wir bei Ihrer individuellen zahnmedizinischen Behandlung achten sollten. Bitte geben Sie auch Ihre persönlichen (Kontakt-) Daten an.

Patient: _____ _____ _____
Name **Vorname** **Geburtsdatum/-ort**

Versicherter / Zahlungspflichtiger / gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben):

_____ _____ _____
Name **Vorname** **Geburtsdatum/-ort**

Anschrift: _____ _____
Straße **Postleitzahl / Ort**

Tel.: _____ **Handy:** _____ **E-Mail:** _____

Beruf: _____ **Arbeitgeber:** _____

Krankenkasse / Versicherung: _____

☐ **Gesetzlich Versichert** ☐ **freiwillig Versichert** ☐ **Privat Versichert** ☐ **Zusatzversicherung**

Basistarif **Ja** ☐ **nein** ☐

Name und Anschrift Ihres Hausarztes: _____

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen zu ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

		Ja	Nein
Herzerkrankung:	Herzschwäche (Insuffizienz)	( )	( )
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	( )	( )
	Herzasthma, Angina pectoris	( )	( )
	Herzschrittmacher	( )	( )
	Herzklappenfehler	( )	( )
	Endokarditisprophylaxe	( )	( )
	Herzoperationen	( )	( )
	Wenn ja, wann: _____		
Kreislauferkrankungen:	zu hoher Blutdruck	( )	( )
	Zu niedriger Blutdruck	( )	( )
	Herzinfarkt, wann? _____	( )	( )
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	( )	( )
	Wenn ja, welche: _____		
	_____		
	_____		
	Ohnmachtsanfälle	( )	( )
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	( )	( )
	Magen-Darm-Erkrankungen	( )	( )
	Schilddrüsenerkrankungen	( )	( )

		Ja	Nein
Bluterkrankungen:	Blutungsneigungen (Hämophilie)	( )	( )
	Blutarmut (Anämie)	( )	( )
	Blutgerinnungsstörung	( )	( )
Allergien:	Ekzeme	( )	( )
	Penicillin-Überempfindlichkeit	( )	( )
	Asthma	( )	( )
	Sonstiges: _____	( )	( )
	_____		
	Besitzen Sie einen Allergiepass?	( )	( )
	Überempfindlichkeit gegen _____		
	_____		
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A oder B)	( )	( )
	Tuberkulose	( )	( )
	Aids, HIV-positiv	( )	( )
	Hepatitis	( )	( )
Immunsystem:	Leiden Sie unter Erkrankungen der Atemwege?	( )	( )
	Wenn ja, welche: _____		
Sonstige Erkrankungen:	Asthma / Lungenerkrankung	( )	( )
	Nierenerkrankung	( )	( )
	Nasen/Nebenhöhlenerkrankungen	( )	( )
	Epilepsie	( )	( )
	Grüner Star	( )	( )
	Sonstige schwere Erkrankungen:	( )	( )
	_____		
	_____		
	_____		

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?	( )	( )
Nehmen Sie sonst irgendwelche Medikamente ein? Wenn ja, welche:	( )	( )

_____

_____

_____

Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente empfindlich? Wenn ja, auf welche:	( )	( )

_____

_____

_____

Weitere Angaben:

	Ja	Nein
Sind oder waren Sie Drogenabhängig?	( )	( )
Rauchen Sie?	( )	( )
Sind Sie schwanger?	( )	( )
Wenn ja, welcher Monat _____		
Sind Sie frisch operiert?	( )	( )
Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?		
_____		

Was ist der Grund Ihres Besuches

	Ja	Nein
Kontrolluntersuchung	( )	( )
Zahnschmerzen	( )	( )
Zahnfleischbluten	( )	( )
Kiefergelenksbeschwerden	( )	( )
Knirschen	( )	( )
Mundgeruch	( )	( )

Sonstiges:_____

Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen?	( )	( )
Sind Sie stark Schmerzempfindlich?	( )	( )
Haben Sie einen starken Würgereiz?	( )	( )

Hinweis zur Krankenversichertenkarte:
Wenn Sie Ihre Krankenversichertenkarte einmal vergessen sollten und uns diese an Ihrem Termin nicht vorlegen können, haben Sie die Möglichkeit, uns diese innerhalb von 10 Tagen nach zu reichen. Kommen Sie dem nicht nach, so weisen Wir Sie daraufhin, dass wir die erbrachten Leistungen privat in Rechnung stellen müssen.

Hinweis zur Terminvereinbarung:
Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies erspart Ihnen unnötig lange Wartezeiten.
Sollten Sie einmal einen Termin nicht einhalten können, so bitten wir Sie sich spätestens am Vortag zu melden und diesen rechtzeitig abzusagen.

Zusätzlich haben wir ein Erinnerungssystem (Recall) für Ihre Kontrolltermine.
Möchten Sie dieses in Anspruch nehmen? ( ) ( )

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift erteilen Sie uns Ihre Erlaubnis, Sie an die Termine zu erinnern. Dies kann jederzeit Widerrufen werden.

Haan, den _____ Unterschrift _____

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber der strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.
Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten umgehend mitzuteilen. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Haan, den _____ Unterschrift: _____

Hiermit erlauben Sie uns, Ihnen unseren Newsletter per Email zu zusenden.

Haan, den _____ Unterschrift: _____