

Nachname, Vorname(Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht:

w  m

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Krankenkasse

gesetzlich versichert  privat versichert

Bonusheft vorhanden

Zahnzusatzversicherung vorhanden

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:**

**Haben oder hatten Sie:**

**Herz-Kreislaufferkrankungen:**

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)  ja  nein  
 Niedriger Blutdruck(Hypotonie)  ja  nein  
 Herzklappenerkrankung/-defekt  ja  nein  
 Herzerkrankung  ja  nein  
 Herzschrittmacher  ja  nein  
 Ist Endokarditisprophylaxe erforderlich?  ja  nein

**Infektionskrankheiten:**

- HIV  ja  nein  
 Tuberkulose  ja  nein  
 Hepatitis  ja  nein  
 Wenn ja, welcher Typ?  A  B  C  
 Andere: \_\_\_\_\_

**Weitere Erkrankungen:**

- Blutgerinnungsstörungen  ja  nein  
 Asthma  ja  nein  
 Lungenerkrankung  ja  nein  
 Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
 Rheuma  ja  nein  
 Epilepsie  ja  nein  
 Diabetes  ja  nein  
 Nierenfunktionsstörungen  ja  nein  
 andere: \_\_\_\_\_

**Allergien/ Unverträglichkeiten:**

- Lokalanästhetika  ja  nein  
 Schmerzmittel  ja  nein  
 Antibiotika  ja  nein  
 andere: \_\_\_\_\_

**Medikamente: Nehmen Sie ...**

- Blutdrucksenkende Mittel  Cortison (Kortikoide)  
 Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS)  
 Antidepressiva  
 Schmerzmittel  
 Andere Medikamente, Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen

Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

Medikamente oder Spritzen aufgetreten  ja  nein

**Bitte wenden**

**Allgemeine Angaben:**Raucher  ja  nein

Frühere

Röntgenuntersuchungen wenn ja, Datum/ Körperteile: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft  ja  nein wenn ja, welche Woche: \_\_\_\_\_**Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, dass Sie in unsere Praxis führt?**

<input type="checkbox"/> Routinekontrolle	<input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz
<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> „zweite Meinung“
<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/> Andere Gründe

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Möchten Sie von uns an Termine zur Kontrolluntersuchung erinnert werden?  ja  nein**Haben Sie Interesse an hochwertiger Versorgung?** Ästhetische Kunststofffüllungen (30€ - 90€ je Füllung) Professionelle Zahnreinigung (ca. 90€ je nach Aufwand) Bleaching / Zahnaufhellung (125€-500€) Wurzelbehandlungen mit endometrischer Längenmessung der Kanäle (70€ je Kanal) Schienenbehandlung mit Kiefernvermessung (ca. 150€)

Diese Behandlungen sind **nicht** im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten bzw. gehen weit über das Maß der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung hinaus (§§ 12, 70 SGB V)

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen.
- Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Augsburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift