



Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Damit wir Ihnen die bestmögliche Betreuung zukommen lassen können, benötigen wir von Ihnen neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren zahnmedizinischen und allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine, Ihren individuellen Wünschen angepasste Behandlung, und um gesundheitliche Risiken zu vermeiden. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Name Vorname geb. am Geburtsort

Name/Vorname der/des Versicherten (falls abweichend) geb. am

PLZ/Wohnort Straße/Haus-Nr.

Telefon Telefon mobil Email

Beruf Arbeitgeber

Krankenkasse pflichtversichert privat versichert private Zusatzversicherung
freiwillig versichert Beihilfeberechtigt

Ihr Hausarzt/ Anschrift

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Empfehlung durch Bekannte/n Internet Sonstiges

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?	Ja	Nein		Ja	Nein
Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Geräusche / Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	im Kiefergelenk? (z.B. Knacken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie aktuell Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagiert Ihr Zahnfleisch zeitweise mit Bluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Zähne gelockert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung?

Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, in welchem Monat?

Sind Sie zur Zeit oder regelmäßig in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Untere Bahnhofstraße 10a
82110 Germering

Tel: 089 / 84 75 93
Fax: 089 / 84 19 878

www.zahnarztpraxis-kauley.de
mail@zahnarztpraxis-kauley.de

Besteht/bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Allergien Ja Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Ohnmachtsneigung Ja Nein

Glaukom
(Grüner Star, erhöhter Augeninnendruck) Ja Nein

Anfallsleiden (Epilepsie) Ja Nein

Atemwegserkrankungen Ja Nein

Asthma Bronchiale Ja Nein

Blutgerinnungsstörung Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Herzerkrankungen

Bluthochdruck Ja Nein

Zustand nach Herzinfarkt Ja Nein

Herzrythmusstörungen Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Herzklappenfehler/-ersatz Ja Nein

Infektionskrankheiten

Hepatitis A,B,C (Gelbsucht) Ja Nein

HIV – Immunmangelsyndrom Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Magen-Darm-Erkrankungen Ja Nein

Nierenerkrankungen Ja Nein

Osteoporose Ja Nein

Behandlung mit Bisphosphonaten Ja Nein

Rheuma Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein

Tumorerkrankungen Ja Nein

Bestehen sonstige Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Ja Nein

Bitte beachten Sie:

Ich habe dieses Merkblatt gelesen und verstanden und hatte Gelegenheit, Fragen zu meiner näheren Information zu stellen. Änderungen, die sich während der Behandlung ergeben, teile ich meinem Zahnarzt unaufgefordert mit.

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Deshalb möchten wir Sie bitten, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, mindestens 24 Stunden vor Terminbeginn abzusagen. Ohne rechtzeitige Absage sind wir berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

Datum

Unterschrift Patient