



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis.**

Das Praxisteam möchte Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen an der Rezeption.

Wir helfen Ihnen gerne!

**Patient**

Herr / Frau / Kind

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort/Land

**Mitglied**

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort/Land

**Anschrift**

Straße	Nr.	PLZ	Ort
Telefon	Mobil	E-Mail	

**Krankenkasse / Privatversicherung**

Bezeichnung			
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> zusätzlich versichert
<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> zuzahlungsbefreit	<input type="checkbox"/> Ich habe als Privatpatient nur einen Basistarif abgeschlossen	
Beruf	Arbeitgeber	Telefon, tagsüber	
Hausarzt			
Ihr Hauptanliegen beim Zahnarzt			
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?			

**Bestellpraxis:** Hinweis zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Termine, die nicht 48 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) berechnen müssen.

Wenn wir einmal nicht pünktlich sein sollten, gedulden Sie sich bitte. Wir benachrichtigen Sie sofort über die Dauer der Verzögerung. Bei einer Behandlung kann man nicht immer alles auf die Sekunde genau voraus berechnen.

## Angaben zur Gesundheit

Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Daher bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

### Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen:

	Ja	Welche	Nein
Herz-/Kreislaufkrankungen, Herzschrittmacher:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC oder sonstige):	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen, z.B. Marcumar:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Allergien / Überempfindlichkeiten (Heuschnupfen, Asthma, bestimmte Medikamente, Sonstiges):	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Innere Krankheiten:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Diabetes / Osteoporose:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Waren oder sind Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie z.Z. Medikamente ein, z.B. Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Datum der letzten Röntgenuntersuchung:	<input type="text"/>	der Zähne:	<input type="text"/>
Sonstiges:	<input type="text"/>		

### Angaben und besondere Wünsche zur Behandlung

	Ja	Nein	
Wünschen Sie über ein intensives Vorsorge (Prophylaxe-) Programm zur Vermeidung von Karies und Parodontose informiert zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches? Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne – kurz: mit Ihrem „Lächeln“ zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wünschen Sie besondere Beratung über:			
<input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnheilkunde	<input type="checkbox"/> Keramische Verblendschalen	<input type="checkbox"/> Zahnaufhellung	<input type="checkbox"/> Zahnimplantate

**Endlich haben Sie es geschafft!**

**Nochmals vielen Dank, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben.**

Datum	Unterschrift
Datum	Unterschrift
Datum	Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben.