

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Die ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte füllen Sie den Bogen vollständig aus.

Patient Herr/Frau	Name _____	Vorname _____	geb. _____
Mitglied/Versicherter	Name _____	Vorname _____	geb. _____
Anschrift	PLZ _____	Ort _____	
	Straße/Nr. _____		
E-Mail-Adresse	_____		Tel./Mobil _____
Beruf	_____		Arbeitgeber _____
Krankenkasse	_____		Hausarzt _____

Liegt ein Pflegegrad vor? Wenn ja, welcher? O 1 O 2 O 3 O 4 O 5

ALLGEMEINE SITUATION

ZAHN-MUND-SITUATION

	Ja	Nein		Ja	Nein
Medikamentenallergie (z.B. Penicillin) _____			Zahnfleischbluten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutdruck: O niedrig O normal O hoch			Zahnfleischrückgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankungen / Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Geräusche im Kiefergelenk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzen am Kopf/ im Nacken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Blutverdünner (Marcumar, ASS etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“ zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV; TBC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vor _____ Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel/ Tag? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, wievielte Woche? _____		
Osteoporose/ Strahlentherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sollten Sie während des Behandlungszeitraumes schwanger werden, bitten wir Sie um sofortige Mitteilung.		
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Leiden Sie an anderen Erkrankungen?

Wenn ja, an welchen? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter Allergien? (z.B Pflaster, Schmuck)

Wenn ja, an welchen? _____

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Wir bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Wir sind eine Bestellpraxis und haben unsere Zeit für Sie reserviert. Wenn Sie Ihren Termin bei uns nicht wahrnehmen, entstehen für unser gesamtes Team Ausfallzeiten. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (d.h. mind. 48 Std. vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und allen anderen Patienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterschiene ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr anbieten. Ausfallzeiten dürfen und können nach §615 Satz BGB §287 ZPO berechnet werden.