

### Liebe Patienten,

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Für Ihre Behandlung benötigen wir einige Angaben, die selbstverständlich der Schweigepflicht unterliegen. Sollten Fragen entstehen, wenden Sie sich bitte an unser Team.

Patient:

Name

Vorname

geb.

Versicherter:

Name

Vorname

geb.

Anschrift:

Telefon:

Privat

Mobil

Email:

@

Beruf:

Krankenkasse /Privatversicherung:

Privat versichert	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Basistarif	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein					

#### Leiden Sie an:

Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Asthma	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		
Kreislaufstörungen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Rheuma (Gelenke)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		
Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Augenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		
Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Eine erhöhte Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		
Niedrigen Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		
Ohrensausen/Tinnitus	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Ein traumatisches Ereignis im Kopfbereich	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		
					Bei Hepatitis, welcher Typ?	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein							
Sind bei Ihnen <b>Unverträglichkeiten</b> gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein							
Sonstige Infektionen/ Erkrankungen? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein							
Allergien, wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein							
Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein							
Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein							
Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein							
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein							

#### Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

<input type="checkbox"/> eine Herzklappenentzündung	<input type="checkbox"/> Angina Pectoris
<input type="checkbox"/> einen Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> einen Herzinfarkt
<input type="checkbox"/> eine Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> eine Herz-OP
Ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

#### Medikamente: Nehmen Sie ...

<input type="checkbox"/> Herzmedikamente	<input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide)	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel
<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS?	
<input type="checkbox"/> andere Medikamente? Wenn ja, welche?		

Bitte wenden



Haben Sie sonstige Erkrankungen die oben nicht genannt wurden? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen       Telefon-/ Branchenbuch       Zeitungsanzeige  
 Internet       Sonstiges  
 Überweisung von \_\_\_\_\_

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?       Ja       Nein

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n...

- Routinekontrolle       neuen Zahnersatz       Beratung  
 Schmerzbehandlung       "zweite Meinung"  
 andere Gründe: \_\_\_\_\_

Fragen / Anmerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind Sie an einer Prophylaxe im Erwachsenenalter interessiert, um Ihre Zahngesundheit bis ins hohe Alter zu erhalten? (ab dem 18. Lebensjahr kostenpflichtig).

Fragen sie bei Interesse im Sprechzimmer nach.

Möchten Sie von uns 1xjährlich an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden, damit Ihr Bonusheft immer vollständig bleibt?  
Dieser Service ist für Sie kostenfrei.

**Bitte ankreuzen:**       Ja       Nein

Wir erinnern Sie an Ihren Termin immer 24 h vorher. Möchten Sie von uns eine Terminerinnerung erhalten?

**Bitte ankreuzen:**       Ja       Nein

#### Hinweise zur Organisation:

Unsere Praxis wird nach dem Vorbestellsystem geführt. Falls Sie einen fest vereinbarten Termin nicht **24 Stunden vorher absagen** stellen wir eine Ausfallzeit im Umfang der geplanten Arbeit privat in Rechnung.

Desweiteren erhalten Sie Ihre Rechnungen vom Zahnärztlichen Rechenzentrum Dr. Güldener, mit welchem wir zusammenarbeiten.

#### Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach Zahnärztlichen Behandlungen:

Bitte beachten Sie, dass nach Verabreichung von zahnärztlichen Injektionen das Reaktionsvermögen (Fahrtüchtigkeit) eingeschränkt sein kann.

Ich versichere, dass meine Angaben richtig und vollständig sind. Änderungen in meinem Gesundheitszustand werde ich sofort dem behandelnden Zahnarzt mitteilen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

DR. BEIER   
 DR. PALM  
*Ihre Zahnärzte in Heilbronn*