



## Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien, auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine **adäquate und risikofreie Behandlung**.

Wir sind per Gesetz verpflichtet, zu jedem Zeitpunkt einer laufenden Behandlung, einen aktuellen und vom Patienten unterschriebenen Gesundheitsfragebogen vorweisen zu können. **Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

Herr/ Frau \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name des Mitglieds, falls nicht selbst versichert \_\_\_\_\_

Haben Sie eine zahnärztliche Zusatzversicherung? \_\_\_\_\_ Ja  \_\_\_\_\_ Nein

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

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? / Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

1. Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- und/oder Gefäßerkrankungen? \_\_\_\_\_ Ja  \_\_\_\_\_ Nein

- Herzschwäche \_\_\_\_\_
- Herzrhythmusstörungen \_\_\_\_\_
- Angina pectoris \_\_\_\_\_
- Herzschrittmacher \_\_\_\_\_
- Herzklappenersatz \_\_\_\_\_
- Zustand nach Herzinfarkt \_\_\_\_\_
- Thrombose \_\_\_\_\_
- Bluthochdruck \_\_\_\_\_
- Anderes \_\_\_\_\_

2. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. Aspirin / Marcumar)? *Zutreffendes bitte unterstreichen* \_\_\_\_\_ Ja  \_\_\_\_\_ Nein

3. Haben Sie eine Bluterkrankungen? \_\_\_\_\_ Ja  \_\_\_\_\_ Nein

- Blutungsneigung (Hämophilie) \_\_\_\_\_
- Blutarmut \_\_\_\_\_
- Anderes \_\_\_\_\_

4. Leiden Sie an einer Lungenerkrankung? \_\_\_\_\_ Ja  \_\_\_\_\_ Nein

- Asthma \_\_\_\_\_



5. Leiden Sie an einem grünem Star (Glaukom)? \_\_\_\_\_ Ja  \_\_\_\_\_ Nein
6. Haben sie eine Stoffwechselerkrankung? \_\_\_\_\_ Ja  \_\_\_\_\_ Nein   
 Diabetes Typ \_\_\_\_\_   
 Schilddrüsenerkrankung \_\_\_\_\_   
 Magen-, Darmerkrankung \_\_\_\_\_   
 Nierenerkrankung \_\_\_\_\_
7. Neigen Sie zu Epileptischen Anfällen bzw. Krämpfen? \_\_\_\_\_ Ja  \_\_\_\_\_ Nein
8. Sind Sie an einer Infektionskrankheit erkrankt? \_\_\_\_\_ Ja  \_\_\_\_\_ Nein   
 Leberentzündung (Hepatitis A/B/C) *Zutreffendes bitte unterstreichen* \_\_\_\_\_   
 Tuberkulose \_\_\_\_\_   
 HIV/ AIDS \_\_\_\_\_
9. Haben Sie eine Erkrankung am Skelett? \_\_\_\_\_ Ja  \_\_\_\_\_ Nein   
 Hals-Nackenprobleme \_\_\_\_\_   
 Arthrose \_\_\_\_\_   
 Rheuma \_\_\_\_\_   
 künstliches Hüft-, und/oder Kniegelenk \_\_\_\_\_
10. Leiden Sie unter folgenden Beschwerden? \_\_\_\_\_ Ja  \_\_\_\_\_ Nein   
 Tinnitus \_\_\_\_\_   
 Schwindel \_\_\_\_\_   
 Spannungskopfschmerzen \_\_\_\_\_   
 Migräne \_\_\_\_\_   
 Knacken des Kiefergelenkes \_\_\_\_\_   
 Muskelverspannungen \_\_\_\_\_
11. Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung? \_\_\_\_\_ Ja  \_\_\_\_\_ Nein   
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
12. Sind Sie schwanger? \_\_\_\_\_ Ja  \_\_\_\_\_ Nein   
 Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_
13. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? \_\_\_\_\_ Ja  \_\_\_\_\_ Nein   
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
14. Haben Sie Allergien? \_\_\_\_\_ Ja  \_\_\_\_\_ Nein   
 Reagieren Sie überempfindlich auf irgendwelche Substanzen/ Arzneien? \_\_\_\_\_ Ja  \_\_\_\_\_ Nein
15. Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden? \_\_\_\_\_ Ja  \_\_\_\_\_ Nein   
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Name Ihres Hausarztes \_\_\_\_\_



## Wie möchten Sie an Ihre Termine erinnert werden? (Mehrfachnennung möglich)

### 1. Termin für die halbjährliche Kontrolluntersuchung

- Email  Emailadresse \_\_\_\_\_  
SMS  Mobilnummer \_\_\_\_\_  
Postkarte  Falls anders angegeben, an welche Adresse? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Sonstiges  \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. Zahnreinigungstermin

- Email  Emailadresse \_\_\_\_\_  
SMS  Mobilnummer \_\_\_\_\_  
Postkarte  Falls anders angegeben, an welche Adresse? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Sonstiges  \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Hinweis zur Organisation unserer Bestellpraxis:

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine ausschließlich 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 nicht eingehaltene Termine, die nicht spätestens 48 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach GOZ berechnen müssen.

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

### NUR FÜR PRIVATPATIENTEN:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich als Privatpatient behandelt werden möchte- die Berechnung der Leistung erfolgt gemäß den Ziffern der gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Leistungsbeschreibung für Natur- und Erfahrungsheilkunde in der Zahnarztpraxis (LNZ).

Wir müssen Sie darüber aufklären, dass ungünstige Versicherungsverhältnisse dazu führen können, dass Ihre Krankenversicherung/Beihilfe nicht den gesamten Rechnungsbetrag erstattet.

Ich erkläre mich bereit, unabhängig von einer Erstattung, das entstehende Honorar innerhalb von 4 Wochen nach Rechnungsstellung zu begleichen.

Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_