



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
 SMS
 Postkarte

Emailadresse _____
 Mobilnummer _____
 Falls anders angegeben, an welche Adresse? _____

Sonstiges _____

2. Zahnreinigungstermin

Email
 SMS
 Postkarte

Emailadresse _____
 Mobilnummer _____
 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 _____