

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, da Krankheiten, Allergien und Medikamentenunverträglichkeiten aller Art Auswirkungen auf die Zahnärztliche Behandlung haben können. Somit können wir Ihre Behandlung darauf abstimmen. Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren Allergie-Pass, Ihre Medikamentenliste zum ersten Termin mit. Herzlichen Dank!

Patient

Name: _____
 Vorname/Titel: _____
 Straße: _____
 PLZ/Ort: _____
 Geb.-Datum: _____
 Beruf: _____
 Telefon privat: _____
 Handy: _____
 Arbeitgeber: _____
 Telefon Arbeit: _____
 Hausarzt: _____
 Krankenkasse: _____

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name: _____
 Vorname/Titel: _____
 Straße: _____
 PLZ/Ort: _____
 Geb.-Datum: _____
 Beruf: _____
 Arbeitgeber: _____
 Telefon Arbeit: _____

Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Privat zusatzversichert

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden ?

Empfehlung durch (bitte Namen nennen): _____
 Internet Telefonbuch sonstiges: _____

Ich wünsche eine Beratung zu

- Ästhetische Zahnbehandlung
- Implantaten
- Prophylaxe (Professionelle Zahnreinigung)
- Zahnersatz
- Vollkeramischer Zahnersatz
- Cerec-Behandlung (Kronen ohne Abdruck)
- Amalgam-Entfernung
- Keramik-Verblendschalen
- Zahnaufhellung
- Ratenzahlung des Zahnersatzes
- Sonstiges: _____

Terminreminderung:

Möchten Sie von uns an Ihre regelmäßigen Vorsorgetermine erinnert werden?
 Ja, halbjährlich (empfohlen)
 Ja, einmal im Jahr
 Nein

Wir rufen Sie zur Erinnerung an oder senden Ihnen auf Wunsch eine Postkarte.

>> Bitte weiter auf der Rückseite

Fragen zum Gesundheitszustand

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung. Wenn ja, welche?

Marcumar Herz-ASS andere: _____

keine

Allergien:

Rauchen Sie? Nein Ja – Menge pro Tag: _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Nein Ja, im _____ Monat

Erkrankungen:

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Schilddrüsenüberfunktion

Herzklappenersatz

Herz-Schrittmacher

Schilddrüsenunterfunktion

Herzinfarkt

Herzrhythmusstörungen

Schlaganfall

Blutgerinnungsstörungen

Zuckerkrankheit

Asthma/Lungenerkrankung

Lebererkrankung

Nierenerkrankung

Nervenerkrankung

Rheuma

Epilepsie

Magen-Darm-Erkrankung

Immunschwäche (HIV)

Hepatitis

Hauterkrankung

Sonstige: _____

Meine Behandlungswünsche:

Ich möchte das Beste für meine Zähne. Bitte informieren Sie mich über die für mich optimale Behandlung, auch wenn meine Krankenkasse möglicherweise nicht alles erstattet

Ich möchte nur in örtlicher Betäubung behandelt werden

Ich möchte nur bei schmerzhaften Eingriffen eine Spritze

Ich möchte im Detail über die Behandlung informiert werden

Ich möchte so wenig wie möglich darüber wissen

Sonstiges: _____

Grund meines Zahnarztbesuchs:

Kontrolluntersuchung

Zahnschmerzen

Mundgeruch

Zahnlockerung

Zahnfleischbluten

Kiefergelenksprobleme

Zähneknirschen

Probleme mit Zahnersatz

Neuer Zahnersatz

Ästhetische Zahnprobleme

Sonstiges: _____

Datum, Unterschrift

Vielen Dank für Ihr Vertrauen! Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.
Ihr Team der Zahnarztpraxis Dr. Thomas Horsch