



## IHR LÄCHELN IST UNSERE VISITENKARTE

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis für Zahn- Mund- Kieferheilkunde!

Wir freuen uns, dass Sie sich für uns entschieden haben und werden versuchen, Ihnen Ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten.

Diverse Erkrankungen, die Einnahme bestimmter Medikamente und zahlreiche andere Faktoren können Auswirkungen auf die Behandlung haben. Deshalb ist es enorm wichtig, dass Sie uns alle Fragen gewissenhaft und ehrlich beantworten. Nur so können wir eine sichere und komplikationslose Behandlung planen.

**Alle Angaben fallen selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht und werden von allen Praxismitarbeitern vertraulich behandelt.**

Bitte melden Sie uns künftige Änderungen bzgl. Adresse / Gesundheitszustand / Versicherungsstatus etc. sofort!

Ihr Praxisteam



**Patient/in**  
Herr/Frau/Kind

Name Vorname geb. am

**Anschrift**

Straße / Hausnummer Telefon privat

PLZ / Ort Telefon geschäftlich

E-Mail Handynummer

**Versicherungsstatus**

Ich bin selbst versichert.

Ich bin mitversichert bei:

**Mitglied/  
Hauptversicherte/r:**

**(bitte ausfüllen, wenn der Patient / die Patientin nicht selbst Hauptversicherte/r bzw. nicht volljährig ist)**

Name Vorname geb. am

**Anschrift, falls  
abweichend:**

Straße, Hausnummer Telefon

PLZ / Ort E-Mail

Beruf Arbeitgeber

**Name der  
Versicherung:**

Krankenversicherung, ggf. Ort

Ich bin gesetzlich versichert.

- Ich bin pflichtversichert
- Ich bin freiwillig versichert
- Ich habe eine private Zusatzversicherung.
- Ich bin beihilfeberechtigt.

Ich bin privat versichert.

- Ich bin zum Standardtarif versichert.
- Ich bin nur zum Basistarif versichert.
- Ich bin beihilfeberechtigt.

Ich bin nicht krankenversichert.

Blatt bitte wenden! ➔

### ALLGEMEINE ERKRANKUNGEN

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Epilepsie (Anfallsleiden)<br><input type="checkbox"/> Rheuma<br><input type="checkbox"/> Osteoporose<br><input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung<br><input type="checkbox"/> Lähmungen | <input type="checkbox"/> Glaukom/erhöhter Augendruck<br><input type="checkbox"/> Tumorerkrankung<br><input type="checkbox"/> Leberkrankheiten<br><input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)<br><input type="checkbox"/> TBC (Tuberkulose)<br><input type="checkbox"/> HIV-Infektion<br><input type="checkbox"/> Suchterkrankung | <input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankung<br><input type="checkbox"/> Bluterkrankungen<br><input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen<br><input type="checkbox"/> Herzinfarkt<br><input type="checkbox"/> Schlaganfall<br><input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
|--|---|--|

### ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN

Sind Ihnen allergische Reaktionen oder Unverträglichkeiten auf bestimmte Medikamente / Materialien bekannt?

- Ja, auf folgendes: \_\_\_\_\_  Nein.  
 Ich besitze einen Allergiepass. (Legen Sie uns bitte Ihren Allergiepass vor.)  
 Der letzte Allergietest liegt etwa \_\_\_ Jahre zurück.



### HERZERKRANKUNGEN

Haben Sie einen bzw. mehrere

- Herzschrittmacher  
 künstliche Herzklappe  
 Bypässe  
 Stent/s

### MEDIKAMENTENEINNAHME

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### SCHWANGERSCHAFT

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

- Ja, ich bin in der \_\_\_\_ .Woche schwanger.  
 Nein.

### RÖNTGENUNTERSUCHUNG

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung / Computertomographie? Datum, Körperteil) \_\_\_\_\_

- Besitzen Sie einen Röntgenpass?  Ja.  Nein.

### SONSTIGE ANGABEN / ANDERE KRANKHEITEN

Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen, das nicht aufgeführt wurde?

\_\_\_\_\_

### ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Haben Sie große Angst vor der Behandlung?

Liegt/lag eine Unfallverletzung in Mund-/Kiefer-/Gesichtsbereich vor?

Leiden Sie häufiger unter Mundgeruch/schlechtem Geschmack im Mund?

Sind Sie zufrieden mit dem Aussehen Ihrer Zähne?

Sind Sie zufrieden mit Ihrem Zahnfleisch?

Rauchen Sie?

- |                              |                                |
|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja. | <input type="checkbox"/> Nein. |
| <input type="checkbox"/> Ja. | <input type="checkbox"/> Nein. |
| <input type="checkbox"/> Ja. | <input type="checkbox"/> Nein. |
| <input type="checkbox"/> Ja. | <input type="checkbox"/> Nein. |
| <input type="checkbox"/> Ja. | <input type="checkbox"/> Nein. |

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung (Lokalanästhesie)?

- Ja.  Nein.

**Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit und Reaktionsfähigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann. Zudem sind länger anhaltende Gefühlsstörungen bei der Lokalanästhesie, insbesondere bei der Leitungsanästhesie im Unterkiefer in Einzelfällen möglich.**

### VORSORGE / RECALL

Regelmäßige Vorsorge wird immer wichtiger, da viele Allgemeinerkrankungen auch eng mit Erkrankungen innerhalb der Mundhöhle verknüpft sind. Sie steigern gegenseitig das Risiko. Zudem sind zahlreiche Zuschussregelungen und Bonussysteme der Krankenkassen an die regelmäßigen zahnärztlichen Kontrollen gebunden. Auch wir gewähren Ihnen unseren **praxisinternen Bonus** bei regelmäßiger Prophylaxe. Gerne erinnern wir Sie an Ihren fälligen Kontrolltermin, wenn Sie uns darum bitten. Diesen kostenlosen Service können Sie jederzeit anmelden und abmelden.

- Ja, ich möchte diesen kostenlosen, unverbindlichen Service nutzen.

MEIN HAUSARZT: \_\_\_\_\_

WIE / DURCH WEN WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM? \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben auf Vorder- und Rückseite dieses Bogens. Die Hinweise habe ich genau gelesen und zur Kenntnis genommen.