

## ••• Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ich heiÙe Sie in meiner Zahnarztpraxis recht herzlich willkommen.

Vor der ersten Behandlung bitte ich Sie, mir einige Fragen bezüglich Ihres Gesundheitszustandes zu beantworten, um für Sie die bestmögliche, risikofreie und individuell auf Sie abgestimmte Behandlung zu ermöglichen. Selbstverständlich unterliegen diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

### PATIENT

Herr/Frau	Name	Vorname	Geburtsdatum
Mitglied/Versicherter	Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	StraÙe	Nr.	Telefon
	PLZ/Ort		Geburtsort
	Mobiltelefon	E-Mail	
Beruf/ Anschrift Arbeitgeber	Beruf	Arbeitgeber	
	StraÙe	Nr.	Telefon
	PLZ/Ort		
Name der Krankenkasse/ Privatkrankenkasse	Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/>	zusätzl. versichert <input type="checkbox"/>	freiwillig versichert <input type="checkbox"/>

### ALLGEMEINE SITUATION

	JA	Nein
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie irgendwelche Medikamente regelmäßig ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

### HABEN ODER HATTEN SIE FOLGENDE KRANKHEITEN:

... eine Veränderung der Blutgerinnung (z. B. häufiges Nasenbluten, blaue Flecken, Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (Marcumar, Aspirin))?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Herz- oder Kreislaufstörungen (z. B. Bluthochdruck, Infarkt, Schrittmacher, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Magen- oder/und Darmerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... epileptische Krampfanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Atemwegserkrankung (Asthma, Heuschnupfen etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Allergien, Unverträglichkeitsreaktionen (z.B. Hausstaub, Medikamente etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche ?		

...eine rheumat. Erkrankung (rheumat. Fieber, Gelenkschwellungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Erkrankung der Nieren (Nierenbeckenentzündg., Nierensteine)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Lebererkrankung (z. B. Hepatitis, Gelbsucht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine andere ernsthafte Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## FRAUEN

Besteht eine Schwangerschaft? **JA**  **Nein**  **UNGEWISS**  \_\_\_\_\_ Wochen.

Wegen des Mutterschutzes bitten wir Sie um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!

## ZAHN-MUND-SITUATION

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis:

	<b>MANCHMAL</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Leiden Sie an Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräusche im Kiefergelenk? (z.B. beim Gähnen, Kauen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen am Kopf / Nacken?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Zahnersatz? Seit wann? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne, kurz mit Ihrem „Lächeln“ zufrieden?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Interesse an einer Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischentzündung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Mundpflegemittel verwenden Sie außer der Zahnbürste?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel Zigaretten pro Tag? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt? Vor \_\_\_\_\_ Monaten

Bei Zahnarzt \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass sie/er Ihnen unsere Praxis empfohlen hat?

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Möchten Sie schriftlich an Ihren Halbjahres-Kontrolltermin erinnert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ich möchte Sie im folgenden mit unserem Bestellsystem vertraut machen. Mein Praxisteam und ich möchten mit Ihrer Unterstützung Ihre Wartezeiten in der Praxis möglichst kurz halten, damit Sie mehr Freizeit für die „angenehmeren Dinge des Lebens“ haben. Deshalb möchten wir Sie bitten, Ihre Termine pünktlich einzuhalten und ggf. Termine 48 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls behalte ich mir vor, Ihnen die Ausfallzeit in Rechnung zu stellen. Durch Ihre Mithilfe wird es uns möglich den Termin rechtzeitig neu zu vergeben bzw. Schmerzpatienten zeitnah zu behandeln, so dass nicht zuletzt auch Sie davon profitieren. Sollte unsere Terminplanung einmal nicht so ganz klappen, werden wir Sie über eine Terminverzögerung selbstverständlich informieren, und bitten Sie schon heute um Ihr Verständnis.

Ihr Jörg Abramovski

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (Bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter) \_\_\_\_\_

