



ZAHNÄRZTE AM WIESENGRUND

Dr. Axel Helmich & Jenna Peters

PERSÖNLICHE DATEN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Straße	PLZ, Ort		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon Festnetz	Telefon mobil	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Arbeitgeber (freiwillige Angabe)	Beruf (freiwillige Angabe)	Telefon geschäftlich (freiwillige Angabe)	

VERSICHERUNG

Krankenkasse

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> privat versichert | <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt |
| <input type="checkbox"/> Basistarif privat | |

Bitte ergänzen, sofern Sie einen gesetzlichen Betreuer haben

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Telefon Festnetz	Telefon mobil

Bitte ergänzen, sofern Mitglied und Zahlungspflichtiger der Versicherung nicht identisch sind

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Straße	PLZ, Ort		

HAUSARZT

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	PLZ, Ort

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

- | | | |
|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> Homepage | <input type="checkbox"/> Jameda |
| <input type="checkbox"/> persönliche Empfehlung | <input type="checkbox"/> Werbung | <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/> |

GRUND IHRES BESUCHS?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> Endodontie/Wurzelkanalbehandlung | <input type="checkbox"/> Beratung |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> ästhetische Zahnmedizin | <input type="checkbox"/> 2. Meinung |
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe | <input type="checkbox"/> Implantologie | <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/> |

Was ist Ihnen besonders wichtig?

Bitte die Rückseite nicht vergessen >>

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

Haben/hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

- Asthma/Lungenerkrankung ja nein
Diabetes ja nein
Rheuma ja nein
Kopf-/Gesichtsschmerzen ja nein
Augenerkrankung (z. B. Glaukom) ja nein
Magen-Darm-Erkrankung ja nein
Osteoporose ja nein

Wenn ja, welche Therapien/Medikamente wurden durchgeführt/verordnet

- Tuberkulose ja nein
HIV-Infektion ja nein
Hepatitis A/B/C ja nein
sonstige Leberkrankheiten ja nein
Lähmungen ja nein
Epilepsie ja nein
Bluterkrankungen ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Krankenhauskeim MRSA ja nein
Schilddrüsenerkrankungen ja nein
Nierenfunktionsstörungen ja nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit ja nein
Herzinfarkt ja nein
Schlaganfall ja nein
Endokarditis ja nein
Herzklappenersatz/-erkrankung/-defekt ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit ein?

- Bisphosphonate ja nein
blutverdünnende Mittel ja nein
(ASS, Eliquis, Xarelto, Macumar)

Wenn ja, welche? _____

Sonstiges? _____

Allergien/Unverträglichkeiten

Bestehen Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Allgemeine Angaben

Wie ist Ihr Blutdruck? niedrig normal hoch
ggf. Werte _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Sind Sie stammzellen-/organtransplantiert? ja nein

Haben Sie künstliche Gelenke? ja nein

Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ja nein

Unfalldatum _____

Haben/hatten Sie eine Chemotherapie? ja nein

Haben/hatten Sie eine Strahlentherapie? ja nein

Schnarchen Sie? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat sind Sie? _____

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wie viel Zigaretten am Tag? _____

Seit wann sind Sie Nichtraucher? _____

Bestehen Suchtkrankheiten? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben/hatten Sie einen Tumor? ja nein

Wenn ja, welche? _____

sonstige Angaben/andere Krankheiten? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Angaben zu Ihrer Zahngesundheit

Wann war Ihr letzter Zahnarzttermin? _____

Leiden Sie unter Zahnarztangst? ja nein

Legen Sie bei Bedarf Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/r