

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir heißen Sie herzlich in unserer Praxis willkommen.

Wir werden uns bemühen Ihren Aufenthalt in unserem Hause so angenehm wie möglich zu gestalten. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand.

Herzlichen Dank für Ihre Mühe!

## IHRE PERSÖNLICHEN DATEN

Selbstverständlich unterliegen sämtliche Informationen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Patient:

\_\_\_\_\_  
Name    Vorname    Geburtsdatum

Mitglied:

\_\_\_\_\_  
Name    Vorname    Geburtsdatum

Anschrift:

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl    Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

Beruf:

\_\_\_\_\_

Arbeitgeber:

\_\_\_\_\_

Tel. privat

\_\_\_\_\_

Tel. geschäftlich:

\_\_\_\_\_

Tel. mobil

\_\_\_\_\_

Private (Zusatz-)Versicherung:

\_\_\_\_\_

Standardtarif (Basistarif):

Beihilfe:

Gesetzl. Krankenkasse:

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Anzeigen in Zeitungen oder Zeitschriften: welche? \_\_\_\_\_
- Internetrecherche, Branchen-oder Bewertungsportale: welche? \_\_\_\_\_
- Persönliche Empfehlung, durch \_\_\_\_\_
- anders \_\_\_\_\_

Sind Sie an unserem kostenlosen **Wiederbestellservice ( Recall )** zur regelmäßigen Vorsorge oder Prophylaxe interessiert?

- Postkarte
- E-Mail \_\_\_\_\_

## ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

Hatten oder haben Sie folgende Herz-Kreislaufkrankungen?

- Herzinfarkt wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- Herzoperationen wenn ja, wann und welche? \_\_\_\_\_
- Endokarditis-Prophylaxe \_\_\_\_\_
- Blutdruck  niedrig  hoch
- Durchblutungsstörungen (z.B.: Thrombosen, Krampfadern) \_\_\_\_\_
- Blutgerinnungsstörungen \_\_\_\_\_
- Schlaganfall (wann?) \_\_\_\_\_
- Anfallsleiden \_\_\_\_\_

Haben Sie eine der folgenden Infektionskrankheiten?

- HIV
- Hepatitis A, B oder C
- Tuberkulose
- andere: \_\_\_\_\_

Hatten oder haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten?

- Allergie(n) wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- Schmerzmittel wenn ja, gg welche: \_\_\_\_\_
- Antibiotika wenn ja, gg welche: \_\_\_\_\_
- andere wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Hatten oder haben Sie weitere Erkrankungen?

- Asthma \_\_\_\_\_
- Lungenerkrankungen \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenerkrankungen \_\_\_\_\_
- Rheuma \_\_\_\_\_
- Diabetes \_\_\_\_\_
- Nierenfunktionsstörung \_\_\_\_\_
- Wirbelsäulenerkrankung \_\_\_\_\_
- andere \_\_\_\_\_

## Allgemeine Angaben

- Regelmäßige Medikamenteneinnahme wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel etwa? \_\_\_\_\_
- Sind Sie schwanger Wenn ja, in welcher SSW? \_\_\_\_\_

## Zahnärztliche Anamnese

Was ist der primäre Grund für den Besuch unserer Praxis?

\_\_\_\_\_

- Haben Sie Schmerzen? Wenn ja:
- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Zähne        | <input type="checkbox"/> Zahnfleisch   |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenk | <input type="checkbox"/> andere: _____ |
- Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung?
- Haben Sie manchmal einen schlechten Geschmack im Mund oder Mundgeruch?
- Wurden Ihre Zähne innerhalb des vergangenen Jahres geröntgt?
- Erfolgte bereits eine Parodontosebehandlung?
- Wünschen Sie eine Behandlung unter lokaler Betäubung?
- Hatten Sie zuvor eine ungewöhnliche Reaktion auf eine zahnärztliche Betäubung?
- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?
- Leiden Sie unter Kiefergelenkbeschwerden?
- Ja, meine Zähne/ das Aussehen meiner Zähne gefällt mir
- Nein, ich bin nicht zufrieden, weil \_\_\_\_\_

Wünschen Sie Informationen zu folgenden Behandlungsmethoden?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Veneers               | <input type="checkbox"/> Implantate                        |
| <input type="checkbox"/> Bleaching             | <input type="checkbox"/> Parodontitis                      |
| <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Füllungen | <input type="checkbox"/> Prophylaxe, Mund- und Zahnhygiene |
| <input type="checkbox"/> Keramikinlays         | <input type="checkbox"/> Sport-Zahnschutz                  |
| <input type="checkbox"/> Anti-Karies-Programm  | <input type="checkbox"/> Vollkeramik-Kronen und -Brücken   |

### Bitte zu beachten!

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, d. h. wir reservieren Termine, um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Damit wir Ihnen unsere ganze Aufmerksamkeit schenken können, reservieren wir bei entsprechenden Behandlungen z. T. mehrere Stunden Zeit. Selbstverständlich bedeuten Leerläufe durch kurzfristige Ausfälle oder Nichteinhaltung von Terminen auch für eine Praxis finanziellen Verlust. Um Unannehmlichkeiten vorzubeugen, bitten wir darum, alle Termine pünktlich einzuhalten oder **bei Verhinderung rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen**. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen, ohne uns darüber rechtzeitig zu informieren, können dadurch erhebliche finanzielle Einbußen entstehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn in der für Sie vorgesehenen Behandlungszeit keine anderen Patienten behandelt werden können. Wir bitten Sie daher um Verständnis, dass wir uns für diesen Fall vorbehalten, Ihnen eine Verweilgebühr in Rechnung zu stellen.  
(Nach GOÄ 56, je angef. halbe Std. € 18,88) (Lt. §615 BGB, Vergütung bei Ausnahmeverzug...)

Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.

Düsseldorf, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift