

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
 Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
 Fax _____ E-Mail _____
 Beruf _____ Arbeitgeber _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
 Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
 Fax _____ E-Mail _____

Krankenkasse Name _____

- Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse zusatzversichert
 vollversichert Standardtarif (1,7fach) Anspruch auf Beihilfe

Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Zahnbehandlung _____
 Grund Ihres Besuches? _____
 Worauf legen Sie besonderen Wert? _____
 Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____
 Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? nein ja

Möchten Sie von uns regelmäßig an Ihren Kontrolltermin erinnert werden? ja nein

Wenn ja, dann ... telefonisch per E-Mail

Sie sind an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

- Professionelle Zahnreinigung Zahnersatz Implantologie Parodontitisbehandlung
 individuelles Prophylaxeprogramm Zahnästhetik Amalgamsanierung Wurzelbehandlung
 Zahnfehlstellungsregulierung Kariesrisikobestimmung Mundhygieneartikel Bleaching (Zahnaufhellung)
 Sonstiges _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet auf Empfehlung von _____ andere Quelle _____

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter www.zahnaerztin-mayer.de? nein ja

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? _____

Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? _____

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

- überempfindliche Zähne Zähneknirschen Zahnschmerzen Zahnfleischbluten
 Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken Zahnverfärbungen Mundgeruch Zahnlockerungen
 häufige Kopfschmerzen / Migräne Sonstiges _____

bitte wenden >>

Wechselwirkungen von Medikamenten / akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (z.B. auch gerinnungshemmende Medikamente, sogenannte Blutverdünner, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate ein (z.B. bei Osteoporose, Tumorerkrankungen)? nein ja

Allergien

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? nein ja Wenn ja, welche? _____
Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? nein ja Haben Sie Asthma? nein ja

Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Herzklappenersatz/Herzfehler	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Unregelmäßiger Herzschlag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzasthma, Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Sonstiges: _____

Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Sonstiges	_____	

Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A / B / ...) nein ja Tuberkulose nein ja
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? nein ja
Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? nein ja Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie) nein ja Blutarmut (Anämie) nein ja
Sonstiges? _____

Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Krämpfe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Psychosomatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Sonstiges?	_____	

Magen- / Darmerkrankungen

Erkrankter Magen- und Darmtrakt nein ja

Tumorerkrankungen

z.B. Bisphosphonat-Therapie nein ja

Drogen

Drogenabhängigkeit nein ja
Alkoholabhängigkeit nein ja

Ess-Störungen

Bulimie (Ess-Brechsucht) nein ja
Sonstige Ess-Störungen: _____

Augenerkrankungen

Leiden Sie unter einem Glaukom / Grüner Star? nein ja

Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung?

Hausarzt / Heilpraktiker: _____

Straße / Nr.: _____

Postleitzahl / Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

nein ja

Facharzt: _____

Straße / Nr.: _____

Postleitzahl / Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum: _____ Unterschrift: _____