



Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Mitglied:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Anschrift:

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Tel./Fax/Email
--------------------	----------	----------------

Krankenkasse/Versicherung:

Stehen Sie momentan in ärztlicher Behandlung?

Name des Arztes	Fachrichtung	Telefon
-----------------	--------------	---------

Behandlungsgrund

Wann waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung?

Name des Zahnarztes	Datum	Telefon
---------------------	-------	---------

Wurden Röntgenaufnahmen angefertigt?  Nein  Ja

Wird oder wurde eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

Name des Kieferorthopäden	Telefon	Behandlungsabschluss
---------------------------	---------	----------------------

Wurde bereits eine Parodontosebehandlung durchgeführt?  Nein  Ja

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?  Nein  Ja, errechneter Geburtstermin: \_\_\_\_\_

Freiwillige Angaben:

Beruf	Arbeitgeber	Telefonnummer
-------	-------------	---------------

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> empfohlen durch: _____            | <input type="checkbox"/> Flyer            |
| <input type="checkbox"/> Anzeige (Tagesspiegel, Sonstiges) | <input type="checkbox"/> Smart            |
| <input type="checkbox"/> Internet                          | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |



Reagieren Sie allergisch (überempfindlich) auf bestimmte Medikamente? Wenn ja, welche?

---

Bitte kreuzen Sie an:

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| Leiden Sie an Herz- oder Kreislaufbeschwerden?                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Neigen Sie zu Ohnmachten?              | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie häufig Kopfschmerzen/Migräne?                       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Leiden Sie an Blutgerinnungsstörungen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Knirschen/pressen Sie oft mit den Zähnen?                     | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Bestehen Beschwerden im Bereich der    |   |
| Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)                      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Luftwege?                              | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie eine Magenschleimhautentzündung?                   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |  |   |
| Besteht oder bestand Kontakt zum MRSA-Keim (Krankenhauskeim)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |  |   |

Bestehen oder bestand eine der folgenden Erkrankungen? (bitte zutreffendes ankreuzen)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gelenkrheumatismus         | <input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe             |
| <input type="checkbox"/> Krampfleiden, -anfälle     | <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz                  |
| <input type="checkbox"/> Nervenschmerzen, -ausfälle | <input type="checkbox"/> Blutkrankheit                      |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung           | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                        |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung            | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris                    |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung     | <input type="checkbox"/> Asthma                             |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall               | <input type="checkbox"/> Tuberkulose                        |
| <input type="checkbox"/> Aortenstenose              | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten             |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht (Hepatitis)      | <input type="checkbox"/> Erworbene Immunschwäche (Aids/HIV) |

Sind Sie wegen einer bösartigen Geschwulst behandelt worden?  Ja Wann? \_\_\_\_\_

Hatten Sie Knochenbrüche, Operationen oder andere Verletzungen im Kopfbereich?

---

Bestehen andere hier nicht genannte Erkrankungen?

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

---

Aus welchem Anlass kommen Sie zur Behandlung?

- |                                     |                                     |  |   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Durchsicht | <input type="checkbox"/> Schmerzen  | <input type="checkbox"/> Zahnfleischentzündung | <input type="checkbox"/> Implantate               |
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe | <input type="checkbox"/> Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Beratung              | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbeschwerden |
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Hinweis: Nicht alle Leistungen werden von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen (z.B. Kunststofffüllungen, elektronische Längenmessung, etc.), diese müssen privat getragen werden. Wir rechnen über ZA Abrechnungsgesellschaft ab.

Ich versichere, dass ich die Fragen / Hinweis nach bestem Wissen beantwortet und zur Kenntnis genommen habe.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_