



Patient:

---

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

Anschrift:

---

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon
--------------------	----------	---------

Kontakt:

---

Telefon (privat/mobil)	Emailkontakt (für Heil- und Kostenpläne, etc.)
------------------------	--

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?

- empfohlen durch: \_\_\_\_\_  Flyer
- Anzeige (Tagesspiegel, Sonstiges)  Auto
- Internet  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, diese müssen privat getragen werden. Wir rechnen über PVS Reiss (Rechenzentrum) ab.

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

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

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