

## Persönliche Daten

**Name** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

**Beruf** \_\_\_\_\_  angestellt  selbständig

## Versicherung

**Gesetzlich** Name Krankenkasse \_\_\_\_\_

**Privat** Name Versicherung \_\_\_\_\_

**Beihilfe berechtigt** Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

**Mitversichert bei** \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Anschrift**  wie Patient\*in  
 andere Anschrift: \_\_\_\_\_

**Rechnung an**  Patient\*in  oben genannte\*n Versicherte\*n

## Medizinische Fragen

Für Ihre individuelle und sichere Behandlung benötigen wir auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

<b>Herzerkrankung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche _____
<b>Endokarditisprophylaxe</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Herzschrittmacher</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>gerinnungshemmende Medikation</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>erhöhte Blutungsneigung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Bisphosphonat-Therapie</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Lungenerkrankung/Asthma</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>HIV positiv</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Corona Impfung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Hepatitis</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> nein
<b>Allergien</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche _____

Unverträglichkeit bei folgenden Medikamenten \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein **Wie viele Zigaretten?** \_\_\_\_\_

## Zahnärztliche Fragen

- |                                 |   |                            |   |
|---------------------------------|---|----------------------------|---|
| <b>Zahnschmerzen</b>            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <b>Zahnfleischprobleme</b> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Allgemeine Zahnprobleme</b>  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <b>Mundgeruch</b>          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Unbefriedigende Ästhetik</b> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <b>Beschwerden Kiefer</b>  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Sonstiges \_\_\_\_\_

## Sie sind uns wichtig

Worauf legen Sie bei Ihrem Zahnarztbesuch und Ihrer Zahnbehandlung wert?

---

---

## Wünschen Sie eine individuelle Beratung?

- |                            |   |   |   |
|----------------------------|---|---|---|
| <b>Vorsorge/Prophylaxe</b> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <b>Parodontalbehandlung (Zahnfleisch)</b> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Zahnästhetik</b>        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <b>Kiefergelenk und -funktion</b>         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Zahnersatz</b>          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <b>Beratung Schwangerschaft/Kind</b>      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Implantatversorgung</b> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |   |   |

Sonstiges \_\_\_\_\_

## Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- |                       |                                   |                                   |                                       |
|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Empfehlung von</b> | <input type="checkbox"/> Freunden | <input type="checkbox"/> Familie  | <input type="checkbox"/> Kollegen     |
| <b>Online</b>         | <input type="checkbox"/> Jameda   | <input type="checkbox"/> Webseite | <input type="checkbox"/> Google-Suche |

Sonstiges \_\_\_\_\_

Wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind, sind wir verpflichtet, vor der Behandlung Ihre Versichertenkarte einzulesen. Haben Sie Ihre Karte nicht dabei, können Sie diese **innerhalb von 14 Tagen nachreichen**. Ansonsten müssen wir bereits erfolgte Behandlungen privat in Rechnung stellen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Erfasst (nur für Praxis)