



Patient .....  
 Name ..... Vorname ..... geb. ....  
 Anschrift .....  
 Straße ..... Telefon privat .....  
 PLZ ..... Ort .....  
 Krankenkasse .....  
 gesetzlich versichert     privat versichert **nicht** Basistarif     privat versichert **mit** Basistarif     Beihilfe  
 Versicherungsnehmer .....  
 Beruf .....  
 Arbeitgeber .....  
 Anschrift Arbeitgeber .....  
 Straße ..... PLZ ..... Ort .....  
 Telefon .....

**Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um Beantwortung folgender Fragen:**

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen nachfolgend aufgeführter Organe?

Herz     nein     ja, welche? .....  
 (z.B. Infarkt, Angina pectoris, angeborene Herzfehler, künstliche Herzklappen)  
 Kreislauf     nein     ja, welche? .....  
 (z.B. hoher / niedriger Blutdruck)  
 Augen     nein     ja, welche? .....  
 (z.B. grüner / grauer Star)  
 Atemwege     nein     ja, welche? .....  
 (z.B. Asthma, chronische Bronchitis)  
 Magen / Darm     nein     ja, welche? .....  
 (z.B. Magengeschwür, Colitis ulcerosa)  
 Blase / Nieren     nein     ja, welche? .....  
 (z.B. Niereninsuffizienz)  
 Leber     nein     ja, welche? .....  
 (z.B. Fettleber, Zirrhose, Hepatitis A B C)  
 Bewegungs-     nein     ja, welche? .....  
 apparat    (z.B. Osteoporose, Rheuma, Arthritis/ Arthrose, Lähmungen)  
 Nervensystem     nein     ja, welche? .....  
 (z.B. MS, psychische Leiden (Depressionen))  
 Stoffwechsel     nein     ja, welche? .....  
 (z.B. Diabetes, Blutgerinnungsstörungen)  
 Infektions-     nein     ja, welche? .....  
 krankheiten    (z.B. Hepatitis, TBC, HIV+, AIDS, Röteln, Mumps, Masern)  
 Allergien     nein     ja, welche? .....  
 (z.B. Penicillin, Konservierungsmittel)  
 Nehmen Sie z. Zt.     nein     ja, welche? .....  
 Medikamente ein?    (z.B. Marcumar, ASS)

Haben Sie Angst vor dem Zahnarztbesuch?     nein     ja, wovor genau? .....

Wünschen Sie eine örtliche Betäubung?     nein     auf Nachfrage

Röntgennachweisheft vorhanden?     ja     nein     bitte ausstellen

Besteht eine mögliche Schwangerschaft?     nein     ja, welcher Monat? .....

Sonstiges? .....

Wir weisen unsere Patienten darauf hin, dass sie grundsätzlich freie Arztwahl haben. Sollten Sie einen bestimmten Zahnarzt wünschen, versuchen wir Ihnen nach Möglichkeit den nächsten freien Termin beim Arzt Ihrer Wahl zu geben.

Wir weisen weiterhin darauf hin, dass Ihre Patientendaten in unserem EDV-System gespeichert werden und von jedem Mitarbeiter der Praxis eingesehen werden können. Weiterhin übermitteln wir Ihre persönlichen Daten Ihrem Krankenversicherungsträger. Sie entbinden uns insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht. Natürlich behandeln wir Ihre Daten im Übrigen streng vertraulich und übermitteln nur die unbedingt notwendigen Daten an Ihre Krankenkasse.

Datum .....    Unterschrift .....

