

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.  
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.  
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patientendaten

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert?  ja  nein

Freiwillig versichert?  ja  nein

Privat zahnärztlich zusatzversichert?  ja  nein

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Telefon Büro: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

### Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### Weitere Angaben

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Anschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge,  
um erneute Erkrankungen zu vermeiden?  ja  nein

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert  
werden?  telefonisch  schriftlich

**Patient:**

### HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.  
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.  
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

#### Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Herzschrittmacher / künstl. Herzklappen	ja [ ]	nein [ ]
Hoher / niedriger Blutdruck	ja [ ]	nein [ ]
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja [ ]	nein [ ]
Diabetes (Typ I / Typ II)	ja [ ]	nein [ ]
Schilddrüsenerkrankung (Über- / Unterfunktion)	ja [ ]	nein [ ]
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja [ ]	nein [ ]
Nierenerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Lungenerkrankung / Asthma	ja [ ]	nein [ ]
Epilepsie	ja [ ]	nein [ ]
Haben Sie eine sonstige Erkrankung?	ja [ ]	nein [ ]

Wenn ja, welche?

---

Allergien	ja [ ]	nein [ ]
-----------	--------	----------

Wenn ja, welche?

---

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

Sind Sie Raucher?	ja [ ]	nein [ ]
-------------------	--------	----------

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

---

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	ja [ ]	nein [ ]
--	--------	----------

Wenn ja, in welchem Monat?

---

#### Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja [ ]	nein [ ]
Zahnschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Zahnfleischbluten	ja [ ]	nein [ ]
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Kiefergelenkbeschwerden	ja [ ]	nein [ ]
Knirschen	ja [ ]	nein [ ]
Mundgeruch	ja [ ]	nein [ ]
Sonstiges		

---

**Patient:**

**Sie sind uns wichtig**

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

---

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen ja [ ] nein [ ]

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

---

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

---

**Beratungswunsch**

Professionelle Zahnreinigung ja [ ] nein [ ]

Weißer Zähne (Bleaching) ja [ ] nein [ ]

Zahnfarbene Keramikfüllungen ja [ ] nein [ ]

Amalgamaustausch ja [ ] nein [ ]

Implantate / Implantatversorgung ja [ ] nein [ ]

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Bitte beachten Sie:

Die Terminvergabe in unserer Praxis dient zu einem organisierten und pünktlichen Behandlungsverlauf. Wir vergeben die Termine individuell für Sie. Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie den Behandlungstermin mind. 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diesen neu vergeben können. Wenn Sie später absagen oder ohne eine Absage die Behandlung nicht in Anspruch nehmen und es uns nicht möglich ist, den Behandlungstermin anderweitig zu vergeben, sehen wir uns verpflichtet Ihnen den Ausfall mit 80 Euro in Rechnung zu stellen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns, dass Sie damit einverstanden sind.

Sie geben sich auch damit einverstanden, dass wir am Vortag Ihrer Behandlung telefonisch oder per SMS Ihren Termin bestätigen. Wir erlauben uns auch, mittels Telefon, Email, Post oder SMS Sie vierteljährlich für einen Termin zu kontaktieren. Bitte geben Sie sonst hier schriftlich an, wenn Sie damit nicht einverstanden sind.

Datum                      Unterschrift \_\_\_\_\_