



Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis,

neben den Angaben zu Ihrer Person benötigen wir zunächst einige Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Danach nehmen wir uns gerne Zeit, auf Ihre individuellen Wünsche einzugehen.

Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen sorgfältig auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns auch zukünftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit.

Patient/-in

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_
E-Mail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_
Krankenkasse/Private Krankenversicherung: \_\_\_\_\_
Gesetzlich versichert Zusatzversicherung Privat versichert Beihilfeberechtigt Basistarif

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Hausarztes

Name: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_
Telefon: \_\_\_\_\_

Covid-19-Anamnese

Leiden Sie unter Geschmacks-oder Geruchsbeeinträchtigungen?
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber, Husten oder Atemnot?
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zur Corona Infizierten oder Verdachtsfällen?

Haben oder hatten Sie

ein traumatisches Ereignis im Kopfbereich
hohen Blutdruck
niedrigen Blutdruck
Diabetes
eine erhöhte Blutungsneigung
Hepatitis
Allergien
Osteoporose
Tumorerkrankung/Krebserkrankung?
sonstige Infektionen/Erkrankungen

## Nehmen Sie Medikamente, wenn ja, welche:

Herzmedikamente: \_\_\_\_\_

Schmerzmittel: \_\_\_\_\_

Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS): \_\_\_\_\_

Andere Medikamente .....  
Wenn ja, welche?

Bisphosphonate: \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen

Medikamente oder Spritzen aufgetreten? .....

Wenn ja, welche?

Auf welche sonstigen Krankheiten oder Besonderheiten möchten Sie uns aufmerksam machen?

## Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

## Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

## Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? .....

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? .....

Nehmen Sie Drogen? .....

Rauchen Sie? .....

Schnarchen Sie? .....

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt:

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden? Ja Nein

Wenn ja, auf welche Art? Mail Brief Anruf

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfohlen von: \_\_\_\_\_ Telefon-/Branchenbuch Internet

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlicher Behandlung

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die

Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Ort, Datum

Liebe Patientin, lieber Patient, Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie bitte, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 48 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen

Unterschrift

können. Anderenfalls kann Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden (§ 615 BGB, § 287 ZPO). Bitte beachten Sie, dass wir Patienten mit akuten Schmerzen in unser Bestellsystem einbinden müssen. In Einzelfällen kann es deshalb zu Wartezeiten kommen; wir bitten dafür um Ihr Verständnis.

Ort, Datum

Unterschrift