

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.



Zahnmedizin & Prophylaxe

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
 Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
 Fax _____ E-Mail _____
 Beruf _____ Arbeitgeber _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
 Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
 Fax _____ E-Mail _____

Krankenkasse Name _____

- Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse Zusatzversichert
 vollversichert Standardtarif (1,7fach) Anspruch auf Beihilfe

Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Zahnbehandlung _____
 Grund Ihres Besuches? _____
 Worauf legen Sie besonderen Wert? _____
 Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____
 Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? nein ja

Möchten Sie von uns regelmäßig an Ihren Kontrolltermin erinnert werden? nein ja

Wenn ja, dann ... telefonisch per E-Mail per SMS

Sie sind an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

- Professionelle Zahnreinigung Zahnersatz Implantologie Parodontitisbehandlung
 individuelles Prophylaxeprogramm Zahnästhetik Amalgamsanierung Wurzelbehandlung
 Zahnfehlstellungsregulierung Kariesrisikobestimmung Mundhygieneartikel Bleaching (Zahnaufhellung)
 Sonstiges _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet auf Empfehlung von _____ andere Quelle _____

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter www.zahnarzt-brix.de? nein ja

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? _____
 Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer Zahnarztpraxis? _____

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

- überempfindliche Zähne Zähneknirschen Zahnschmerzen Zahnfleischbluten
 Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken Zahnverfärbungen Mundgeruch Zahnlockerungen
 häufige Kopfschmerzen / Migräne Sonstiges _____

Wechselwirkungen von Medikamenten / akute Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (z.B. auch gerinnungshemmende Medikamente, sogenannte Blutverdünner, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate ein (z.B. bei Osteoporose, Tumorerkrankungen)? nein ja

bitte wenden >>>

Allergien

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? nein ja Wenn ja, welche? _____
Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? nein ja Haben Sie Asthma? nein ja

Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz) nein ja Herzklappenersatz/Herzfehler nein ja
Unregelmäßiger Herzschlag nein ja Hoher Blutdruck nein ja
Herzasthma, Angina Pectoris nein ja Niedriger Blutdruck nein ja
Herzschrittmacher nein ja Herzinfarkt nein ja
Sonstiges _____

Leber- und Stoffwechselerkrankungen

Lebererkrankung nein ja Schilddrüsenerkrankung nein ja
Zuckerkrankheit (Diabetes) nein ja Sonstiges _____

Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis A / B / ...) nein ja Tuberkulose nein ja
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? nein ja
Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? nein ja Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie) nein ja Blutarmut (Anämie) nein ja
Sonstiges? _____

Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle nein ja Krämpfe nein ja
Psychosomatische Erkrankungen nein ja Ohnmachtsanfälle nein ja
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? nein ja Sonstiges? _____

Magen- / Darmerkrankungen

Erkrankter Magen- und Darmtrakt nein ja

Nierenerkrankungen

Erkrankte Niere nein ja

Tumorerkrankungen

z.B. Bisphosphonat-Therapie nein ja

Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Drogen

Drogenabhängigkeit nein ja Alkoholabhängigkeit nein ja
Nikotinabhängigkeit nein ja

Ess-Störungen

Bulimie (Ess-Brechsucht) nein ja
Sonstige Ess-Störungen _____

Röntgen

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? nein ja

Augenerkrankungen

Leiden Sie unter einem Glaukom / Grüner Star? nein ja

Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher / heilpraktischer Behandlung? nein ja
Hausarzt / Heilpraktiker _____ Facharzt _____
Straße / Nr. _____ Straße / Nr. _____
Postleitzahl / Ort _____ Postleitzahl / Ort _____
Telefon _____ Telefon _____
E-Mail _____ E-Mail _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Wir führen unsere Praxis nach dem Bestellsystem und bitten Sie daher, mit Ihnen vereinbarte Termine, falls erforderlich, bis spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden von uns mit 250 EUR/Std. in Rechnung gestellt.

Datum _____ Unterschrift _____

Schauen Sie auch auf unserer Internetseite vorbei!

www.zahnarzt-brix.de