



Patientendaten

Name, Vorname: _____ Geburtstag: _____
Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
Tel.: _____ Handy: _____
E-Mail: _____ Beruf: _____
Name der Krankenkasse: _____ Betreuer ja nein _____
gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein =>Basistarif ja nein
Zusatzversicherung ja nein Beihilfeberechtigung ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname: _____ Geburtstag: _____
Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Wer ist ihr Hausarzt?

Name: _____ Ort: _____
Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein Fachgebiet: _____
Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____ Körperregion: _____

Was führt Sie zu uns?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Routinekontrolle | <input type="checkbox"/> Zweitmeinung |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> Karies |
| <input type="checkbox"/> neuer Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Probleme mit vorhandenem Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Überweisung durch Arzt |
| <input type="checkbox"/> überempfindliche Zähne | <input type="checkbox"/> Aussehen der Zähne (Fehlstellungen, Form, Farbe) |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkbeschwerden | <input type="checkbox"/> Verletzungen / Unfall |
- sonstiges _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass zur Visualisierung der Patientenkartei
Fotos von mir angefertigt und in der Kartei hinterlegt werden ja nein

Ihre Verkehrstüchtigkeit kann bis zu 24 Stunden nach einer Injektion oder Medikation beeinträchtigt sein!

Können Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten, dann sagen Sie diesen bitte 24 Stunden vorher ab
(Telefon oder Email), damit wir keine Ausfallrechnung erstellen müssen!

Bitte Rückseite beachten!

Bitte zutreffendes ankreuzen

Gesundheitszustand

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

welche? _____

Unverträglichkeitsreaktionen ja nein
(Lokalanästhesie, Medikamente, ...)

welche? _____

Allergien: wenn ja, welche? ja nein

(Allergie-Pass): _____

Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Operationen?

ja nein Wenn ja, welche und wann?

Angstpatient ja nein

Ohnmachtsneigung ja nein

Atemwegserkrankungen ja nein

Asthma

chronische Bronchitis

Blutgerinnungsstörung ja nein

chronische Infektion ja nein

Diabetes (Typ: _____) ja nein

Grauer/Grüner Star (welcher?) ja nein

Kiefergelenkbeschwerden ja nein

Künstliche Gelenke ja nein

Migräne / Kopfschmerzen ja nein

Herz-Kreislauf-Erkrankungen ja nein

erhöhter Blutdruck

verminderter Blutdruck

Angina pectoris

Herzinfarkt

Herzinsuffizienz/-schwäche

Herzklappenerkrankung / -defekt

Herzrhythmusstörungen

Entzündung des Herzens (z.B. Endokarditis)

operativ korrigierte Herzerkrankung

Herzklappenprothese

Herzschrittmacher

Defibrillator

Durchblutungsstörungen

Infektionskrankheiten

HIV-positiv/AIDS ja nein

Hepatitis A B C ja nein

Tuberkulose ja nein

Suchterkrankungen ja nein

Lebererkrankungen ja nein

Lungenerkrankungen ja nein

wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?

Keine bis 10 über 10

Magen-Darm-Erkrankungen ja nein

Nervenerkrankung ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie)

Depressionen

Demenz Parkinson

Neurodermitis ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Osteoporose ja nein

Osteomyelitis ja nein

Rheumaerkrankung ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Tumorerkrankungen ja nein

Bemerkung zu Erkrankung (weitere Erkrankungen):

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Bisphosphonate z.B. bei Osteoporose, Brust- oder Prostatakrebs

Blutverdünner welche? _____

Herzmedikamente Cortison

Schmerzmittel Psychopharmaka

sonstige: _____

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Fühlen Sie sich psychisch belastet? ja nein

Haben Sie einen starken Würgereiz? ja nein

Schnarchen Sie? ja nein

Leiden Sie unter Mundtrockenheit? ja nein

Haben Sie einen metallischen Geschmack? ja nein

Haben Sie Zungen- oder Schleimhautbrennen? ja nein

Für unsere Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, welche Woche? _____

Stillen Sie? ja nein

Wünschen Sie eine Lokalanästhesie? ja nein

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Korrektheit Ihrer Angaben und dass Sie uns informieren, falls sich diese ändern sollten.

Datum

Unterschrift

Über die Datenschutzrichtlinie wurde ich informiert und habe diese separat unterschrieben!

Datum

Unterschrift