



Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns um Ihr zahnmedizinisches Anliegen kümmern, benötigen wir Ihre Personalien und zu Ihrer eigenen Sicherheit auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand (siehe Rückseite). Bitte teilen Sie uns mögliche Änderungen sofort mit. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre persönlichen Daten

Herr / Frau / Kind:
Name Vorname geb. am

Mitglied:
Name Vorname geb. am

Anschrift/Kontakt:
Straße, Nr. PLZ, Ort Telefon

Beruf: E-Mail-Adresse:

Arbeitgeber: Telefon / Mobil:

Versicherung:
 privat beihilfeberechtigt basisversichert
 zusatzversichert, bei:

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von:

Hausarzt/-ärztin: Facharzt/-ärztin:

Kieferorthopäde/in: Heilpraktiker/in:

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher (auch kieferorthopädischer) Behandlung? Wenn ja, wegen:

.....

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein? Wenn ja, welche:

.....

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Wenn ja, welche:

.....

Letzte Röntgenaufnahme im Zahn-Mund-Kieferbereich:

Falls eine Schwangerschaft besteht, in welchem Monat:

Gegen welche Materialien, Medikamente oder Nahrung besteht eine Überempfindlichkeit?

.....

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

	JA	NEIN		JA	NEIN
<u>Herzerkrankungen</u>			<u>Kreislauferkrankungen</u>		
Zustand nach Herzinfarkt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoher Blutdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrythmusstörungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niedriger Blutdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschriltmacher:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zustand nach Schlaganfall:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bypassoperation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Herzinsuffizienz:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? (z.B. ASS, Marcumar) JA NEIN

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? JA NEIN

Leiden Sie an Ohnmachtsanfällen? JA NEIN

<u>Stoffwechselerkrankungen</u>			<u>Bluterkrankungen</u>		
Zuckerkrankheit (Diabetes):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutarmut:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüberfunktion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenunterfunktion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

<u>Infektionskrankheiten</u>			<u>Atemwegserkrankungen</u>		
Leberentzündung/Hepatitis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronchitis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV / bzw. AIDS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

<u>Bewegungsapparat</u>			<u>Augenerkrankungen</u>		
Osteoporose:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grauer Star:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

<u>Sonstige Erkrankungen</u>			<u>Nicht hier aufgeführte Erkrankungen:</u>
Epileptische Anfälle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- Darmerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben über Ihre speziellen Zahnprobleme:

Zahnhalteapparat:	Hatten Sie jemals eine Parodontosebehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Ihre Zähne heiß-/kaltempfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenk:	Bemerken Sie Gelenkschmerzen (z.B. bei Mundöffnung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bemerken Sie starkes Kiefergelenkknacken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnreinigung:	Welche Hilfsmittel verwenden Sie außer der Zahnbürste?		

.....

Waldkraiburg,

.....
Unterschrift