



## Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken und zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen so gewissenhaft wie möglich auszufüllen - Ihre Angaben dienen der Optimierung Ihrer Behandlung. **Selbstverständlich unterliegen alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht sowie dem Datenschutz und werden von uns vertraulich behandelt.**

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

## Persönliche Angaben

### Patient/in

Herr/Frau/Kind

Name		Vorname		geb.
Straße/Hausnr.		E-Mail	Geburtsort	
Postleitzahl/Ort		Telefon	Mobil	
Beruf	Arbeitgeber (Name + Anschrift + Telefon)			
<input type="checkbox"/> Schüler(in) / Student(in)				

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers/Zahlungspflichtigen:

### Mitglied/

### Zahlungspflichtiger

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

Name		Vorname		geb.
Straße/Hausnr.		E-Mail	Geburtsort	
Postleitzahl/Ort		Telefon	Mobil	
Beruf	Arbeitgeber (Name + Anschrift + Telefon)			
<input type="checkbox"/> Schüler(in) / Student(in)				

### Name des Kostenträgers

(Krankenkasse oder Versicherung)

Name des Kostenträgers		
------------------------	--	--

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert       | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert             | <input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt   |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert   | <input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-Versicherte(-r) | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert                               |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt      | <input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(-r)    | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert |  |   |

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- |   |                                   |                                     |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Überweisender Arzt     | <input type="checkbox"/> Anzeige  |                                     |

Bitte Seite 2 beachten!

# Angaben Gesundheitssituation

Ihr Hausarzt:

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

## 1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
a) Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhauskeim MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeld-Jakob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor/Karzinom/Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

b) Bestehen Allergien?  ja  nein  
Haben Sie einen Allergie-Pass?  ja  nein  
wenn ja, welche?

c) Herzinfarkt  ja  nein  
Schlaganfall  ja  nein  
Lähmungen  ja  nein  
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?  ja  nein  
wenn ja, welche?

d) Blutdruck  niedrig  normal  hoch ggf. Werte

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein ggf. welche

4. Rauchen Sie?  ja  nein

5. Bestehen Suchtkrankheiten?  ja  nein ggf. welche

6. Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  
 ungewiss ggf. wievielte Woche

7. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?  ja  nein  
Unfalldatum   
Art der Verletzung

8. Sonstige Angaben/andere Krankheiten

## Ergänzende Angaben

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?  ja  nein

Haben Sie einen Röntgenpass?  ja  nein  
Wünschen Sie einen Röntgenpass?  ja  nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil)

Haben Sie ein Bonusheft?  ja  nein  
Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert?  ja  nein

Möchten Sie gerne an Ihre Termine in unserer Praxis erinnert werden (Recall)?  ja  nein

Wenn ja, per:  per Telefon: \_\_\_\_\_  per SMS: \_\_\_\_\_  per E-Mail: \_\_\_\_\_

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/r Patient/in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.**

Datum	Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/-r
-------	--