

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.



Praxis für Zahnmedizin
Zahnarzt V. Rolnik

Name _____

geboren _____

Anschrift _____

Krankenkasse _____

Telefon privat _____

Telefon Büro _____

Mobil _____

Fax _____

E-Mail _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Anschrift _____

Gesetzlich versichert

- pflichtversichert
- freiwillig versichert
- privat zusatzversichert - Zahnersatz
- privat zusatzversichert - Zahnbehandlung

Privatpatient

- beihilfeberechtigt
- studentisch versichert
- ohne Versicherung
- Basistarif
- Standardtarif

Versichertendaten (sofern abweichend von den Patientendaten)

Versicherter _____

geboren am _____

Anschrift _____

Rechnung an Versicherten Patienten

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

Fragen zur Krankengeschichte

Schwangerschaft

Raucher

in ärztlicher Behandlung bei _____

regelmäßige Medikamente _____

Allergien, Unverträglichkeiten gegen: _____

Herz-Kreislaufkrankung

Herzschwäche,- insuffizienz

Herzrhythmusstörung

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Durchblutungsstörungen

Herzklappenerkrankung

Herzinfarkt

Herzschrittmacher

künstliche Herzklappe

Ohnmachtsneigung

Marcumar, Gerinnungshemmer, ASS, Blutungsneigung nach Verletzung oder Zahnziehen

größere Operationen _____

Tuberkulose

Hepatitis A, B oder C

AIDS, HIV

Kiefergelenkbeschwerden

Rheuma

Tumorerkrankung

Knirschen, Pressen, Reiben

Osteoporose

Epilepsie

Wirbelsäule, Rücken

Magen-Darmerkrankung

Nervenleiden, Depression

häufig Kopf-, Nackenschmerz

Diabetes

Hauterkrankung

Ohrensausen, Tinnitus

Nierenerkrankung

Kopfverletzung

Asthma, Lungenerkrankung

Nasen-Nebenhöhlenerkrankung

andere Beschwerden, Erkrankungen: _____

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung

Zahnschmerzen

Zahnfleischbluten

Mundgeruch

Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnfarbe?

Ja

Nein

Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnstellung?

Ja

Nein

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung beachten?

Angst vor _____

Würgereiz

Schmerzempfindlich

Was hat Sie beim Zahnarzt bisher am meisten gestört?

Was haben Sie vermisst? _____

Beratungswunsch

professionelle Zahnreinigung

Zahnersatz

weiße Füllungen

verträgliches Material

Bisskorrektur, ganzheitlich

Zahnaufhellung

Amalgamsanierung

Zahnstellungskorrektur

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit. Danke!

Datum _____

Unterschrift _____