

## 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  
**Vladislav 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

### 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: \_\_\_\_\_

Schnarchen Sie?  Ja  Nein

Atemaussetzer im Schlaf beobachtet?  Ja  Nein

## 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

Schnarchtherapie

professionelle Zahnreinigung

Zahnersatz

Zahnaufhellung

Amalgamsanierung

Zahnstellungskorrektur

verträgliches Material

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

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_