

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSEREM ZAHNÄRZTE ZENTRUM

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 und dem Datenschutz entsprechend der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Nähere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Webseite www.zahnklinik-muehldorf.de/datenschutz

Patientendaten

Name des Patienten: _____
 geb. am: _____
 Geburtsort: _____
 Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert? **ja** [] **nein** []
 Freiwillig versichert? **ja** [] **nein** []
 Privat zahnärztlich zusatzversichert? **ja** [] **nein** []
 Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [] **nein** []
 Liegt ein Pflegegrad vor? _____

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Basistarif? **ja** [] **nein** []
 Beihilfeberechtigt? **ja** [] **nein** []

Telefon: _____
 Fax: _____
 Mobil: _____
 Telefon Büro: _____
 E-Mail-Adresse: _____
 Beruf: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____
 Versicherter: _____
 geb. am: _____
 Anschrift: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____
 Anschrift des Arbeitgebers: _____



Patient: _____

Seite 1

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung ja [] nein []
 Schlaganfall ja [] nein []
 Herzinfarkt ja [] nein []
 Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen ja [] nein []
 Hoher Blutdruck ja [] nein []
 Niedriger Blutdruck ja [] nein []
 Ohnmachtsneigung ja [] nein []
 Marcumar / Aspirin / ASS / Gerinnungshemmer ja [] nein []
 Blutungsneigung / Bluterkrankung ja [] nein []
 Rheuma ja [] nein []
 Schilddrüsenerkrankung ja [] nein []
 Lebererkrankung (Hepatitis) ja [] nein []
 Magen- / Darmerkrankung ja [] nein []
 Nierenerkrankung ja [] nein []
 Lungenerkrankung / Asthma ja [] nein []
 Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen ja [] nein []
 Epilepsie ja [] nein []
 Diabetes ja [] nein []

Wenn ja, welchen derzeitigen HbA1-c Wert haben Sie?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Haben Sie bereits Implantate? ja [] nein []

Wenn ja, haben Sie Ihren Implantatpass dabei? ja [] nein []

Infektionskrankheit ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankungen? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Allergien ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja [] nein []

Wenn ja, bei welchen?

Sind Sie Raucher? ja [] nein []

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja [] nein []



Patient: _____

Wenn ja, in welchem Monat?

Seite 2

Bekommen oder bekamen Sie eine Osteoporose-Therapie mit
Bisphosphonaten ja [] nein []
ja [] nein []

Grund Ihres Besuchs

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung ja [] nein []
Weiße Zähne (Bleaching) ja [] nein []
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln ja [] nein []
Zahnfarbene Keramikfüllungen ja [] nein []
Amalgamentfernung ja [] nein []
Ernährungsfragen ja [] nein []
Implantate / Implantatversorgung ja [] nein []
Sonstiges

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam

Internet ja [] nein []
Messe ja [] nein []
Zeitung ja [] nein []
Wenn ja, welche Zeitung?

Empfehlung ja [] nein []
Wenn ja, durch wen?

Datum _____ Unterschrift _____

