

# HERZLICH WILLKOMMEN IM ZAHN ZENTRUM HILLE

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.



## A. PERSONENANGABEN

### PATIENT

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt?  Ja  Nein

Zahnzusatzversicherung?  Ja  Nein

### VERSICHERTER

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### BITTE BEACHTEN SIE:

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass für Sie möglichst keine Wartezeit entsteht und wir, in der für Sie reservierten Zeit, zu Ihrer Verfügung stehen. Das bedeutet aber auch, dass Sie - wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können - **spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da sonst die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden muss.**

## B. WIR WÜRDEN UNS FREUEN SIE INFORMIEREN ZU DÜRFEN

- Implantate
- Amalgamsanierung
- Ästhetische Zahnmedizin
- Ganzheitliche Zahnheilkunde
- Prophylaxe / Zahnerhaltungsprogramm
- Parodontosentherapie
- Kinderzahnheilkunde

## C. ANGABEN ZU ERKRANKUNGEN/BESONDERHEITEN

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

Allergiepass?  Ja  Nein

Angeborene oder erworbene Herzfehler?  Ja  Nein

Herzklappenfehler- /prothesen?  Ja  Nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein

Herzoperationen?  Ja  Nein

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?  Ja  Nein

Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

Haben Sie Diabetes?  Ja  Nein

Haben Sie Asthma/Lungenerkrankungen?  Ja  Nein

Sind Sie in homöopathischer Behandlung?  Ja  Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?  Ja  Nein

Haben Sie Lebererkrankung/  
Gelbsucht /Hepatitis?  Ja  Nein

Haben Sie Immunschwäche AIDS?  Ja  Nein

Haben Sie Tuberkulose?  Ja  Nein

Haben Sie Probleme mit dem Kreislauf?  Ja  Nein

Haben Sie Anfallsleiden, z. B. Epilepsie?  Ja  Nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?  Ja  Nein

Haben Sie Augenerkrankungen?  Ja  Nein

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche und wofür?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Migräne?  Ja  Nein

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

## D. ALLGEMEINE ANGABEN

Sind Sie Raucher?  Ja  Nein

Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten?  Ja  Nein

Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden?  Ja  Nein

Haben Sie Kiefergelenkbeschwerden?  Ja  Nein

Beobachten Sie Zahnlockerungen oder haben Sie Zähne durch Parodontose verloren?  Ja  Nein

Wurde bei Ihnen schon eine Parodontosebehandlung durchgeführt?  Ja  Nein

Ich würde gerne an einem persönlichen Zahnerhaltungsprogramm teilnehmen?  Ja  Nein

DATUM

UNTERSCHRIFT