



Liebe Patientin, lieber Patient,

einer adäquaten Therapie geht immer eine intensive Anamnese und Befunderhebung voraus. Daher benötigen wir von Ihnen folgende Informationen, um uns individuell auf Sie einzustellen und die Behandlung planen zu können. Jeder unserer Untersuchungen bzw. Behandlungen geht natürlich das ärztliche Gespräch voraus, in dem Sie Fragen und Unklarheiten klären sowie Wünsche äußern können. Die von Ihnen angegebenen Daten werden von uns vertraulich im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht behandelt und nur mit Ihrer Einverständniserklärung an dritte Personen weitergegeben. Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig. **Vielen Dank!**

1. Patientendaten

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtsname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse _____

Gesetzlich versichert ja nein Privat versichert ja nein Basistarif ja nein

Zusatzversicherung ja nein Beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Falls bei Ihrer Behandlung eine Zuzahlung anfällt: An wen soll die Rechnung gehen?

Name, Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name/Ort _____ Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige

Überweisung von _____

Internet, über die Seite Sonstiges _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten? ja nein



2. Anliegen

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n...

- Routinekontrolle
- „zweite Meinung“
- Schmerzbehandlung
- Beratung über:
 - Prophylaxe
 - Zahnersatz (Implantate, Brücken etc.)
 - Füllungstherapie
 - Zahnfleischveränderungen
 - Ästhetische Veränderungen
- Sonstiges:

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sie sich?

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt?

3. Allgemeiner Gesundheitszustand

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen in folgenden Bereichen:

- | | | |
|------------------------|--------------------------|---|
| Herz oder Kreislauf | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nieren | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüse | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Trakt | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäule | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hohen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Niedrigen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Epilepsie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Grünen Star | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| HIV (Aids) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hepatitis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, welcher Typ? | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C |

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Allergien

ja nein

Wenn ja, welche?

Medikamente – Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente
- Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel
- Antidepressiva
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS?
- andere Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein

Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in der wievielten Woche?

... zum Schluss:

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

wenn ja, wieviele pro Tag?

Fragen / Anmerkungen / Wünsche:

Möchten Sie an die nächste Kontrolluntersuchung

erinnert werden?

ja nein

Wenn ja, wie?

per Post per E-Mail

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, darüber informiert worden zu sein, dass nach Betäubungen vorübergehende oder bleibende Sensibilitätsstörungen auftreten können.

Datum

Unterschrift