

Zahnarzt Dr. Ulf Gärtner

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen.

Jeder Zahnarzt muss vor der ersten Untersuchung nach früheren Krankheiten und gegenwärtigen Beschwerden fragen. Ihre sorgfältige und vollständige Beantwortung der folgenden Fragen erleichtert unser anschließendes Gespräch. Die von Ihnen gemachten Angaben unterliegen in unserer Praxis streng der ärztlichen Schweigepflicht.

Vorab erbitten wir einige Angaben zu Ihrer Person:

Patient: _____
Name Vorname geboren **Geburtsort**

Anschrift: _____
PLZ / Wohnort Straße Telefon (privat)/+ Handy

Mitglied: _____
Name Vorname geboren

Anschrift: _____
PLZ / Wohnort Straße Telefon (privat)/+ Handy

Email Adresse: _____

Krankenkasse: _____ freiwillig versichert ja nein Basistarif ja nein
Beihilfeberechtigter ja nein Zusatzversicherung ja nein
Führen Sie ein Bonusheft ja nein

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
Telefon (beruflich) + Handy

Wer hat uns empfohlen: _____

Um bei der Diagnose und der Behandlung Ihrer Beschwerden nichts unberücksichtigt zu lassen, bitten wir Sie die folgenden Fragen zu beantworten (wenn ja, bitte ankreuzen).

Befinden Sie sich derzeit in ja nein

ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, wegen: _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung:

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme? ja nein

Kontrolluntersuchung ja nein

Sind Sie an einem

Prophylaxeprogramm (Zahnreinigungs-

programm) interessiert? ja nein

Haben Sie Kiefergelenksschmerzen? ja nein

Wünschen Sie über Zahnersatz

aufgeklärt zu werden? ja nein

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Atemwegserkrankungen ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein

Schilddrüsenerkrankungen ja nein

chronische Magen-/ Darm-

erkrankungen ja nein

Diabetes ja nein

Sonstige Erkrankungen: _____

Leiden Sie an Herz-/ Kreislauferkrankungen?

Bluthochdruck ja nein

Herzklappenfehler ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Herzoperationen ja nein

Sonstige: _____

**Nehmen Sie regelmäßig
Medikamente?** ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben/hatten Sie eine

Bisphosphonattherapie? ja nein

**Nehmen Sie Blut ver-
dünnende Medikamente** ja nein

ASS ja nein

Macumar ja nein

andere: _____

Leiden oder litten Sie an einer Infektionskrankheit?

ja nein

HIV/AIDS

ja nein

Hepatitis

ja nein

Tuberkulose

ja nein

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden?

ja nein

Leiden Sie unter:

Migräne

ja nein

Schluckstörungen

ja nein

Tinnitus (Ohrgeräusche)

ja nein

Gleichgewichtsstörungen

ja nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

ja nein

Wurden Röntgenbilder erstellt?

ja nein

Wenn ja, wann? _____

Möchten Sie regelmäßig an Kontrolltermine erinnert werden?

ja nein

Bestehen Allergien bzw. Unverträglichkeiten?

Lokalanästhesie/ Spritzen ja nein

Antibiotika (Penicillin) ja nein

Schmerzmittel ja nein

andere Medikamente ja nein

Wenn ja, welche? _____

Allergiepass vorhanden? ja nein

Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung? ja nein

Wenn ja, an welcher _____

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wie viel täglich? _____

Für Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Bitte teilen Sie uns eventuelle spätere Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit!

Sofern ich als gesetzlich versicherter Patient 10 Tage nach Behandlungsbeginn keine gültige Versichertenkarte vorlege, bin ich mit einer privaten Rechnungsstellung nach der Gebührenordnung einverstanden. Sofern ich meine Termine nicht einhalten kann, sag ich sie mindestens 24 Stunden vorher ab, da die Zeit ansonsten in Höhe von 200,00€ pro Stunde in Rechnung gestellt werden kann. Ich bin einverstanden, dass meine persönlichen Daten auf dem Server der Praxis gespeichert werden können.

Datum _____ Unterschrift _____