



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Um Ihnen eine optimale Behandlung zu ermöglichen, benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

\_\_\_\_\_  
Patient (Name, Vorname) Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Versicherter (Name, Vorname) Geburtsdatum

Meldeanschrift des Versicherten | \_\_\_\_\_

Telefon | \_\_\_\_\_ E-Mail | \_\_\_\_\_

Krankenkasse | \_\_\_\_\_  Zusatzversichert/Beihilfe

Beruf | \_\_\_\_\_ Arbeitgeber | \_\_\_\_\_

**Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen oder Unverträglichkeiten?**

Allergien und Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, welche? | \_\_\_\_\_

Herz-Kreislauf- oder Gefäßkrankungen? Wenn ja, welche? | \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörungen? | \_\_\_\_\_

Stoffwechselerkrankungen wie z. B. Diabetes? Wenn ja, welche? | \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten wie Hepatitis oder HIV? Wenn ja, welche? | \_\_\_\_\_

Epilepsie: Wenn ja, seit wann? | \_\_\_\_\_  Asthma

Frühere Operationen | \_\_\_\_\_

Leiden sie an Rheuma oder anderen Knochen- bzw. Gelenkproblemen? Wenn ja, welche? | \_\_\_\_\_

Kopfschmerzen  Nackenverspannung  Schmerzen beim Öffnen des Mundes  Zubeißen/Kauen

Ohr-Bereich, Schwindel, Tinnitus  Kiefergelenkknacken, Gelenkgeräusche

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? | | |

Nehmen Sie z. Z. Medikamente ein? Wenn ja, welche? | \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Gibt es Röntgenbilder?

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? | \_\_\_\_\_

Haben sie Angst vor der Behandlung? | \_\_\_\_\_

Wann haben Sie die letzte professionelle Zahnreinigung durchführen lassen? | \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? | \_\_\_\_\_

Um unsere Patienten gesund zu erhalten, bieten wir kostenlos ein automatisches Wiederbestellsystem (Recall) an.

Sind sie daran interessiert?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (gesetzlich erforderlich)

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (gesetzlich erforderlich)