

HERZLICH WILLKOMMEN,
 SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT.

Für die zahnärztliche Behandlung können vorhandene oder durchgemachte Erkrankungen für uns von Bedeutung sein. Bitte beantworten Sie deshalb sorgfältig folgende Fragen zu Ihrer allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Verbesserung unserer Behandlung und Ihres Gesundheitszustands.

Falls dies Ihr erster Besuch in unserer Praxis ist, würde es uns interessieren, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind:

Name / Vorname _____
 Geboren am _____
 PLZ / Wohnort _____
 Straße _____
 Telefon privat _____
 Telefon mobil _____
 E-mail _____
 Hausarzt _____

Empfehlung von _____
 Praxishomepage
 Das Telefonbuch / Das Örtliche
 Suchmaschine Internet
 Gelbe Seiten
 Tageszeitung

HATTEN ODER HABEN SIE FOLGENDE KRANKHEITEN?

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? nein ja, wegen: _____

Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV etc.)? nein ja, und zwar: _____

Neigen Sie zu Nachblutungen? nein ja

Nehmen Sie laufend (z.B. blutverdünnende) Medikamente ein? nein ja

Allergien (z.B. gegen Medikamente oder Latex)? nein ja, und zwar: _____

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? nein ja, in Woche: _____

Herzerkrankungen (z.B. Herzklappen, Herzinfarkt, Endokarditis)? nein ja

Schlaganfall? nein ja, am (Datum): _____

Asthma (oder andere Lungenerkrankungen)? nein ja, und zwar: _____

Diabetes? nein ja

Blutdruck?	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hoch
Schilddrüsenerkrankung (Unter-/ Überfunktion)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:	
Nervenerkrankungen (Epilepsie/ andere)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Besteht eine hier nicht aufgeführte Erkrankung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am Tag etwa (Stück):	
Haben Sie Angst vor dem Zahnarztbesuch/-behandlung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sind Sie an einer Behandlung in Narkose oder Kurznarkose interessiert? (z.B. zur Verbesserung des Komforts bei der Behandlung, bei Angst vor der Behandlung,...)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sind Sie an hochwertiger Zahnheilkunde interessiert? (z.B. Implantate, metallfreier Zahnersatz, Zahnästhetik, Bleaching ...)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sind Sie am lebenslangen Erhalt Ihrer Zähne interessiert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

WAS SIE WISSEN SOLLTEN ZU...

..IHREM TERMIN

Wir bemühen uns für Sie um einen reibungslosen Ablauf ohne längere Wartezeiten. Dabei ist es für uns sehr wichtig, dass Sie Ihre Termine genau einhalten. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, geben Sie uns bitte rechtzeitig - mindestens 24 Std. vor Ihrem Termin - telefonisch bescheid. Für nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir leider eine Ausfallzahlung in Höhe von 20,- in Rechnung stellen.

..MÖGLICHEN WARTEZEITEN

Da unsere Zahnärzte mitunter zeitgleich praktizieren kann es vorkommen, dass die Reihenfolge des Aufrufens der Patienten nicht immer mit der Reihenfolge ihres Eintreffens in der Praxis übereinstimmt. Zudem kann es bei zusätzlich eintreffenden Notfällen, die einer sofortigen Behandlung bedürfen, gegebenenfalls zu etwas längeren Wartezeiten kommen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

..FAHRTÜCHTIGKEIT

Bitte beachten Sie, dass lokale Betäubungsmittel und Kurznarkosen (Sedierungen) ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen können. Bitte halten Sie mit den behandelnden Zahnärzten bei Unklarheiten Rücksprache.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift

VIELEN DANK!