

## HERZLICH WILLKOMMEN!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
wir freuen uns, Sie in unserer Praxis zu begrüßen. Sprechen Sie mit uns über Ihre individuellen Wünsche und Vorstellungen. Wir beraten Sie gern über die Möglichkeiten und Alternativen!  
Bevor wir uns in Ruhe darüber unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie diesen Bogen daher vollständig aus. Sie helfen uns dadurch, eine optimal abgestimmte und risikofreie Behandlungsgrundlage zu schaffen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht (§203 StGb).

### Persönliche Angaben

Herr  Frau  Kind

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Tel. privat

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
Tel. Arbeit

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

Privat versichert

Basistarif

Standardtarif

Gesetzlich versichert

Pflichtversichert

Freiwillig versichert

Beihilfeberechtigt

Besteht eine Zahnzusatzversicherung? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

### Mitglied

Selbst versichert

Versichert über

Adresse wie oben

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

### Sie kommen in unsere Praxis

zur Untersuchung  zur Schmerzbehandlung  zur Schmerzbehandlung und Weiterbehandlung

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überwiesen von Dr.: \_\_\_\_\_  Auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Familie  Krankenkasse  Internet  Außenwerbung  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kopfbereich geröntgt? \_\_\_\_\_

Wie häufig gehen Sie üblicherweise zum Zahnarzt? \_\_\_\_\_

**Bitte Rückseite beachten.**

## Sie haben Interesse an

	Ja	Nein
Maßnahmen zur Zahnerhaltung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
professioneller Zahnreinigung „Wellness für Mund & Zähne“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hochwertiger und langlebiger Zahnversorgung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einer Beratung über Knochenaufbau und Zahnimplantate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einer stressfreien Behandlung in Dämmerschlaf/Vollnarkose/ unter Lachgas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ratenzahlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Gesundheitliche Angaben

	Ja	Nein	Wenn ja, welche?
Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergiepass vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden (Epilepsie,...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Augeninnendruck erhöht (Glaukom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluterkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankungen (Infarkt, Schrittmacher)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kreislaufkrankungen (Blutdruck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankungen innerer Organe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> HIV-Infektion <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob/Varianten <input type="checkbox"/> Krankenhauskeim MRSA
Weitere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Asthma Oder andere: _____
Nehmen Sie ...			
Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medikamente für den Knochenstoffwechsel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medikamente, die das Immunsystem beeinflussen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
blutverdünnende Mittel ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neigen Sie zu Nachblutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Ihr Hausarzt:

\_\_\_\_\_ Name

\_\_\_\_\_ Anschrift

## Unser Service für Sie

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie in unser Vorsorge-System aufzunehmen. Falls Sie Interesse daran haben, wählen Sie bitte, wie Sie kontaktiert werden möchten:

Per Post  Per E-Mail  Per Anruf  Per SMS

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis und Aktionen übersenden?

Haben Sie ein Bonusheft?

Wenn ja, auf welchem Wege?  Per Post  Per E-Mail

Ja  Nein

*Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner auf beiden Seiten gemachten Angaben und erkenne die AGB der Praxis an. Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Std. vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden.*

**Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Fahrtüchtigkeit durch das Lokalanästhetikum beeinträchtigt werden kann!** Vielen Dank für Ihre freundliche Mithilfe! Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Änderungen in Ihren Angaben ergeben.

Mannheim, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten