

I. ALLGEMEINES | VERSICHERUNGSSTATUS

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Bei Kindern Name/Vorname des Vaters/der Mutter \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_

E-Mail (bitte angeben, falls vorhanden!) \_\_\_\_\_

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

Arbeitgeber/Arbeitsort \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Überwiesen durch \_\_\_\_\_

- > Sind Sie pflichtversichert?  Ja  Nein
- > Sind Sie freiwillig versichert?  Ja  Nein
- > Sind Sie privat Zusatzversichert?  Ja  Nein
- > Sind Sie beihilfeberechtigt?  Ja  Nein
- > Bei Privatpatienten: Standardtarif?  Ja  Nein

ZUR INFORMATION

FALLS SICH WÄHREND DER BEHANDLUNG ÄNDERUNGEN IHRES VERSICHERUNGSSTATUS ERGEBEN, BITTEN WIR SIE, UNS DIES UMGEHEND MITZUTEILEN.

WIR BENÖTIGEN IHRE KRANKENVERSICHERTENKARTE BEI JEDEM BESUCH IN DER PRAXIS. LIEGT SIE UNS 14 TAGE NACH DER BEHANDLUNG NICHT VOR, BETRACHTEN WIR SIE ALS PRIVATPATIENT UND SIE ERHALTEN EINE RECHNUNG.

Rastatt, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## II. FRAGEN ZUM ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND | ANAMNESE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen zu ihrem Gesundheitszustand. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne.

### Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein		Ja	Nein
> Anfallsleiden / Epilepsie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Atemwegserkrankungen:			Herzschrötmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzklappenfehler / Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenemphysem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Blutgerinnungsstörungen:			Hypotonie (verminderter Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
angeborene und erworbene			Mangeldurchblutung des		
Koagulopathien / Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zentralnervensystems / Apoplex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Hämophilie)			> Infektionskrankheiten:		
Antikoagulantien-Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Blutgerinnungshemmung)			HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	> Lebererkrankungen (z.B. Leberzirrhose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	> Magen-Darm-Erkrankungen		
> Hämatologische Erkrankungen			(z.B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Erkrankungen der blutbildenden Organe):			> Nierenerkrankungen:		
Anämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chronische Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agranulozytose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leukämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	> Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Herz-Kreislauf-Erkrankungen:			> Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	> Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koronare Herzkrankheit / Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Hyperthyreose)		
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	> Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

> andere ernsthafte Erkrankungen  Ja  Nein  
welche? \_\_\_\_\_

> frühere operative Eingriffe:  
Gelenkendoprothesen  Ja  Nein  
Organtransplantation (Herz, Niere, Leber)  Ja  Nein

> Haben Sie Allergien gegen:  
Medikamente  Ja  Nein  
welche? \_\_\_\_\_

Latex  Ja  Nein  
weitere  Ja  Nein  
welche? \_\_\_\_\_

> Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein  
welche? \_\_\_\_\_

> Rauchen Sie?  Ja  Nein  
wieviel? \_\_\_\_\_

**NUR FÜR PATIENTINNEN:**

> Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?  Ja  Nein  
in welcher Woche, welchem Monat? \_\_\_\_\_

> Stillen Sie?  Ja  Nein

FALLS SICH WÄHREND DER BEHANDLUNG ÄNDERUNGEN IHRES GESUNDHEITZUSTANDES ERGEBEN, BITTEN WIR SIE,  
UNS DIES UMGEHEND MITZUTEILEN.

Rastatt, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### III. SIE SIND UNS BESONDERS WICHTIG!

#### Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

- > Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen?  Ja  Nein
  - > Leiden Sie unter starker Schmerzempfindlichkeit?  Ja  Nein
  - > Haben Sie einen starken Würgereiz?  Ja  Nein
  - > Was haben Sie bisher beim Zaharztbesuch vermisst? \_\_\_\_\_
- 

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen? \_\_\_\_\_

#### Welcher der folgenden Aspekte ist Ihnen besonders wichtig / interessiert Sie besonders?

- |   | sehr wichtig             | wichtig                  | eher unwichtig           |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| > Prophylaxe  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Zahnerhaltung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > ästhetisch anspruchsvolle Versorgungen (z.B. zahnfarbene Füllungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Zahnersatz  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Sonstiges: _____  |                          |                          |                          |
- 

Liebe Patientin, lieber Patient,

leider kommt es immer wieder vor, dass Termine ohne Absage versäumt werden.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, so informieren uns bitte mindestens **24 Stunden vorher** darüber.

Dadurch können eventuell anfallende Schmerzbehandlungen eingeschoben werden.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass für nicht rechtzeitig abgesagte Termine oder unentschuldigtes Fernbleiben laut einem Gerichtsurteil des Amtsgericht Fulda vom 16.05.2002 (Az. 34 C 120/02/D) die entgangene und kostenverursachende Arbeitszeit in Rechnung gestellt werden kann.

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe.

Rastatt, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_