



Herzlich Willkommen!

Schön, dass Sie den Weg in unsere Praxis gefunden haben. Um unsere Behandlung auf Ihre individuellen Bedürfnisse einstellen zu können, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Informationen. Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um den nachfolgenden Fragebogen gewissenhaft und vollständig zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank.

Name, Vorname des Patienten

Geburtstag

Anschrift: Straße, PLZ, Ort

Telefon: Festnetz / Mobil

E-Mail

Krankenversicherung

gesetzlich  privat

Name der Krankenversicherung

Bei Familienversicherung: Name und Anschrift des Mitglieds

Geburtstag

Bei Minderjährige: Name und Anschrift des Rechnungsempfängers

Geburtstag

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Hauszahnarzt:

persönliche Empfehlung  Internet / Werbung

---

## Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand

Liegt eine Allgemeinerkrankung vor? Wenn ja welche?

Ja  Nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?

Ja  Nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Ja  Nein

bitte wenden

# Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand

- Haben Sie bei bisherigen Zahnarztbesuchen die Spritze gut vertragen?  Ja  Nein
- Reagieren sie auf Medikamente überempfindlich? Wenn ja welche?  Ja  Nein  
 Penicillin  Schmerzmittel  Andere: .....
- Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein
- Nehmen Sie aktuell blutverdünnende Medikamente? Wenn ja welche?  Ja  Nein  
 Aspirin (ASS)  Xarelto (Lixiana, Eliquis, o.ä.)  Marcumar  Heparin
- Besitzen Sie einen Herzpass?  Ja  Nein
- Haben Sie künstliche Gelenke?  Knie  Hüfte  Ja  Nein

## Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- Herzerkrankung (z.B. Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher, Herzklappenersatz, o. ä.)?  Ja  Nein
- Bluterkrankung (z.B. Hämophilie, Durchblutungsstörung)?  Ja  Nein
- Erhöhter / Erniedrigter Blutdruck?  Ja  Nein
- Nierenerkrankung?  Ja  Nein
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma, Tuberkulose, Bronchitis)?  Ja  Nein
- Diabetes (Zuckerkrankheit)?  Ja  Nein
- Osteoporose? Nehmen Sie Bisphosphonate ein?  Ja  Nein
- Grüner Star? Erhöhter Augendruck?  Ja  Nein
- Magen-Darm-Erkrankung?  Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankung?  Ja  Nein
- Nervenerkrankung (z.B. Epilepsie)?  Ja  Nein
- Tumorerkrankung? Welche Körperregion? Wann? .....  Ja  Nein
- Damit verbundene Strahlenbehandlung oder Chemotherapie?  Ja  Nein
- Infektionserkrankung (z.B. HIV, Hepatitis)?  Ja  Nein
- Rauchen Sie? Wenn ja wieviel täglich? .....  Ja  Nein
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  Ja  Nein

## Hiermit bestätige ich / nehme zur Kenntnis, dass:

- meine Angaben richtig und vollständig sind.
- für fest reservierte Termine, die ohne Absage und selbstverschuldet nicht eingehalten werden oder die nicht mindestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, eine Ausfallgebühr von 100,- EUR je angefangene halbe Stunde berechnet wird.
- ich die Praxis bei jeglicher Veränderung vorstehender Angaben (z.B. Medikation), meines Gesundheitszustandes und meiner persönlichen Daten vor Behandlungsbeginn und während des Behandlungszeitraumes informiere.

Grafing, den

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters



Vielen Dank