



Lieber/Liebe Patient*in, schön, dass Sie bei uns sind. Für eine bestmögliche Betreuung bitten wir Sie die folgenden Angaben zu vervollständigen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Angaben zum/zur Patient*in

Name, Vorname



Anschrift

Geburtstag, Geburtsort

E-Mail-Adresse

Telefon, Mobil

Hausarzt

Angaben zum/zur Hauptversicherten/Rechnungsempfänger*in

Name, Vorname



Anschrift

Krankenkasse

Versicherungsstatus

privat versichert:

Beihilfe Basistarif Vollversichert

gesetzlich versichert:

Pflichtversichert Freiwillig versichert

Mit priv. Zusatzversicherung

Bonusheft

ja nein

Pflegegrad oder

Wiedereingliederungshilfe

1 2 3 4 5

Angaben zum Gesundheitszustand

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Falls ja, welche?

Wir bitten um Angaben aller Medikamente, die Sie einnehmen (bei vorliegendem Medikamentenplan machen wir gerne eine Kopie).

Rauchen Sie? ja nein Wenn ja: Anzahl Zigaretten pro Tag? _____

Regelmäßiger Alkoholkonsum? ja nein

Sonstige Rauschmittel? _____

Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden?

Schmerzen im Kiefergelenk Schmerzen/Muskelskater der Kaumuskelatur

Funktionseinschränkung bei Mundöffnung andere: _____

Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahngesundheit / Lächeln?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

[1 = gar nicht zufrieden, 10 = sehr zufrieden]

Datum

Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Gesundheitsstörungen und Risikofaktoren (falls zutreffend, bitte ankreuzen)

Herz-Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen

Bluthochdruck Herzklappenersatz Herzklappenfehler

Herzrhythmusstörung Stents andere: _____

Herzschrittmacher- /Defibrillator – Implantation

Asthma / chronisch obstruktive Lungenerkrankung / andere Atemnot

Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung

Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten?

[Bsp. ASS, Marcumar]

Diabetes mellitus Insulinpflichtig?

Grüner Star (Glaukom)

Infektionserkrankungen

Gelbsucht/Hepatitis Tuberkulose/Tbc HIV/AIDS

Operationen im letzten Jahr

Krebserkrankungen akut durchlaufen (Jahr: _____)

Therapie mit Bisphosphonaten

wenn ja: Tabletten intravenöse Gabe mit Zeitangabe

Erkrankungen mit Krampfanfällen

Epilepsie Stress- oder Angstbasierte Krampfanfälle andere

Depression oder Angststörung **Angstpatient*in**

Vegetarische/vegane Ernährung **Schwangerschaft**

Allergien Wenn ja, welche: _____

Lebererkrankung **Schilddrüsenerkrankung**

Gelenkerkrankungen

Nierenerkrankung Dialyse andere: _____

Sonstige Erkrankungen _____

Individuelle Anliegen und Beratungsinteresse

Kontrolluntersuchung Prophylaxe Zahnaufhellung

Ästhetikberatung Zahnersatz Schmerzen

Dürfen wir Rechnungen per E-Mail versenden? ja nein

Möchten Sie an die halbjährlichen Kontrolluntersuchungen

erinnert werden? ja nein

Möchten Sie über Doctolib Terminerinnerungen erhalten? ja nein

Unterschrift