



## Herzlich Willkommen im Zahnzentrum Flieden,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum/Ort</b>
<b>Straße</b>	<b>PLZ</b>	<b>Ort</b>
<b>Telefon</b>	<b>Mobil</b>	<b>E-Mail</b>
<b>Beruf</b>	<b>Versicherung</b>	
<b>mitversichert bei Mitglied:</b>		

### Für gesetzlich Versicherte:

Besteht eine Zusatzversicherung? ja  nein

Unser oberstes Ziel ist die optimale Behandlung eines jeden Patienten, leider werden nicht alle Materialien oder Behandlungsmöglichkeiten durch die GKV abgedeckt. Wir klären Sie aber rechtzeitig über mögliche Kosten auf. Falls Sie ein Bonusheft führen, legen Sie es bitte an der Anmeldung vor.

### Für privat Krankenversicherte:

Sind sie Beihilfe berechtigt? ja  nein

Wir weisen darauf hin, dass wir mit beginnender Behandlung ein Vertragsverhältnis mit Ihnen eingehen. Aufgrund von unterschiedlichen Tarifsituationen können wir nicht immer eine vollständige Behandlungskostenübernahme seitens Ihrer Versicherung garantieren.

### Was ist der Grund für Ihren Zahnarztbesuch?

Wann waren Sie zuletzt bei einem Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Sind aktuelle Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne vorhanden? (letzten 2 Jahre) ja  nein

Haben Sie Spritzen (Lokalanästhesie) immer gut vertragen? ja  nein   
Bitte beachten Sie, dass eine Injektion zur Schmerzausschaltung Ihre Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigen kann.

Befinden Sie sich aktuell in ärztlicher Behandlung?

### Weshalb?

<b>Hausarzt</b>	<b>Ort</b>	<b>Telefon</b>
-----------------	------------	----------------

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Stillzeit? ja  nein

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** ja  nein

Welche?

Nehmen Sie Medikamente ein, welche die **Blutgerinnung** hemmen?

Haben Sie je Medikamente aus der Gruppe der **Bisphosphonate** eingenommen?

Haben Sie eine **Medikamentenunverträglichkeit?** Allergien?

**Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?**

**Herz/Kreislaufkrankungen:**

Zustand nach Herzinfarkt ja  nein  Schlaganfall ja  nein

Künstliche Herzklappe ja  nein  Herzschrittmacher ja  nein

Hoher Blutdruck ja  nein  Niedriger Blutdruck ja  nein

Sonstiges:

**Infektionskrankheiten:**

HIV-Infektion, AIDS ja  nein  Tuberkulose ja  nein

Hepatitis (welche?) ja  nein  Sonstige?

**Sonstige Erkrankungen:**

Osteoporose ja  nein  Diabetes (Typ?) ja  nein

Blutgerinnungsstörungen ja  nein  Asthma ja  nein

Heilen Wunden schlecht? ja  nein  Tumor ja  nein

Ohnmachtsanfälle? ja  nein  Migräne ja  nein

Epilepsie ja  nein  Gelenkimplantate ja  nein

Rheuma ja  nein  Nierenerkrankung ja  nein

Sonstiges:

**Rauchen Sie?** ja  nein

Wie viele? Seit wann?

Wir benötigen Ihre GKV-Karte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als einen Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung.

Wir führen eine Bestellpraxis, welche Ihnen kurze Wartezeiten bietet. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir uns vorbehalten, nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden privat in Rechnung zu stellen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift