

### Herzlich willkommen in unserer Praxis

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren optimal auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese).

Diese Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.  
Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Name, Vorname (Patient) \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Versicherter) \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse:      gesetzlich       privat       private Zusatzversicherung

Durch wen oder was wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

Sind sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja  Nein  Hausarzt: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit?

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Hoher Blutdruck			Herzschwäche/ Rhythmusstörung		
Niedriger Blutdruck			Hatten Sie einen Schlaganfall		
Erhöhte Blutungsneigung			Lebererkrankung/Gelbsucht		
Diabetes			Magen- / Darmerkrankungen		
Nierenerkrankung			Chronische Atemwegserkrankung		
Tuberkulose			Schilddrüsenerkrankung		
Krämpfe			HIV-Test positiv		

Pflegegrad:      Ja       Nein

Sorgerecht bei Minderjährigen:      Mutter       Vater       gemeinsam

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?    ja     nein

**Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden (bis zu 24 Stunden) beeinträchtigt sein kann.**

**Ich wünsche eine gezielte Beratung über (bitte ankreuzen)**

- den langfristigen Erhalt meiner Zähne
- über Karies -und Parodontitisvorsorgeprogramme
- über Amalgamaustausch und Alternativmaterialien
- über professionelle Zahnreinigungen
- Zahnaufhellungen / Bleaching
- über ästhetische Behandlungsmaßnahmen wie zahnfarbene Kronen,  
Verblendschalen / Veneers, Keramikinlays
- über Zahnimplantate

Unsere Praxis wird als Bestellpraxis geführt und wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen.

**Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.**

**Wir sind berechtigt, NICHT EINGEHALTENE TERMINE auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.**

Bedenken Sie bitte, dass Patienten mit akuten Schmerzen in das Bestellsystem eingebunden werden müssen, dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter