

## Herzlich willkommen in unserer Praxis

um Sie optimal in unserer Praxis versorgen zu können und unnötige Risiken zu vermeiden, benötigen wir neben allgemeinen Daten auch Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Bitte teilen Sie uns ggf. Änderungen sofort mit. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Sollten beim Beantworten Fragen auftreten, helfen wir Ihnen gern weiter.



PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

Dr. KERSTING  
&  
Dr. MITTERHUBER

## Persönliche Angaben

Name	Vorname	Geburtsdatum, Ort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Beruf
Telefon	Mobiltelefon	E-Mail
Hausarzt	Adresse	ggf. überweisender Arzt

## Versicherung

Krankenkasse

- Gesetzlich versichert       Zusatzversichert  
 Privat versichert       Basistarif       Beihilfeberechtigt

## Falls Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Beruf

## Grund Ihres Besuchs

- |                          |   |                                   |   |
|--------------------------|---|-----------------------------------|---|
| Kontrolluntersuchung     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnschmerzen            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Kiefergelenksbeschwerden          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnfleischbluten        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Knirschen                         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Parodontitis/Parodontose | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Mundgeruch                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Sonstiges \_\_\_\_\_

Bitte wenden →

## Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung  ja  nein  
Endokarditisrisiko  ja  nein  
Hoher Blutdruck  ja  nein  
Niedriger Blutdruck  ja  nein  
Ohnmachtsneigung  ja  nein  
Herzschrittmacher/künstl. Herzklappen  ja  nein  
Blutungsneigung/Bluterkrankung  ja  nein  
Rheuma  ja  nein

Diabetes  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
Lebererkrankung (Hepatitis)  ja  nein  
Magen-/Darmerkrankung  ja  nein  
Nierenerkrankung  ja  nein  
Lungenerkrankung/Asthma  ja  nein  
Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung  ja  nein  
Epilepsie  ja  nein

Krebserkrankung  ja  nein  
Bestrahlung/Chemotherapie  ja  nein

Wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_  
Bisphosphonattherapie  ja  nein

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? \_\_\_\_\_

Sind Sie Raucher?  ja  nein

Wie viele Zigaretten rauchen Sie ca. täglich? \_\_\_\_\_

### Allergien / Unverträglichkeiten

Lokalanästhetikum/Spritzen  ja  nein  
Antibiotikum  ja  nein

Schmerzmittel  ja  nein  
Latex  ja  nein

Haben Sie sonstige Allergien? \_\_\_\_\_

### Medikamente

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente regelmäßig ein?

Blutverdünnende Medikamente  ja  nein  
Cortison  ja  nein

Schmerzmittel  ja  nein

Nehmen Sie andere Medikamente ein? \_\_\_\_\_

### Für die weiblichen Patienten:

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

## Sie sind uns wichtig

Würden Sie sich selbst als „Angstpatient“ bezeichnen?  ja  nein  
Haben Sie einen ausgeprägten Würgereiz?  ja  nein

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden. Diese unterliegen selbstverständlich den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der obigen Angaben.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift