

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