

Herzlich Willkommen!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Mit gesunden und schönen Zähnen leben Sie besser! Und wir wissen, wie Sie gesunde und schöne Zähne bekommen und diese ein Leben lang behalten können.

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Bedürfnisse unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskunft über Ihren

allgemeinen Gesundheitszustand. Erkrankungen jeglicher Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben und besondere Maßnahmen erforderlich machen. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir freuen uns auf Sie!

Dr. Annette Krasstein Dr. Phillip Wallburg

Ihre Personalien

Familienname:	_____	Straße	_____
Vorname:	_____	PLZ und Ort:	_____
Geburtsdatum:	_____	Telefon:	_____
Geburtsort:	_____	E-Mail:	_____
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
Beruf:	_____	Zusatzversicherung*?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Hauptversicherte/r?

Familienname:	_____	Straße:	_____
Vorname:	_____	PLZ und Ort:	_____
Geburtsdatum:	_____	Telefon:	_____
Geburtsort:	_____	E-Mail:	_____
		Beruf:	_____

Wir erinnern Sie gerne an Ihre Termine sowie an die halbjährliche Vorsorgeuntersuchung. Sollten Sie diesen Service nicht wünschen, geben Sie uns bitte kurz Bescheid.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet Empfehlung Werbeanzeige Veranstaltung Facebook

Nur bei Überweisung: Name des überweisenden Zahnarztes/Facharztes:

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Bestehen oder bestanden folgende Krankheiten / Beschwerden / Befunde?

Herz- / Kreislauferkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herzinfarkt (Jahr _____)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	künstliche Herzklappe oder Gelenke	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bluterkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Epilepsie (Anfallsleiden)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Psychosen oder Einnahme Psychopharmaka	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen- / Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rheuma / Arthritis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ansteckende Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HIV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Würgereiz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges	<hr/>				

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? Allergiepass?

Lokalanästhesie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Antibiotika (z.B. Penicillin, ...)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bestimmte Metalle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Latex	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Pflaster	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein wenn ja in welcher Woche? _____

Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein? (v.a. Blutverdünnung, Bisphosphonate, ...) ja nein
wenn ja, welche? _____

Sind Sie Raucher? ja nein Wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Traten jemals **Komplikationen** bei zahnärztlichen Betäubungen oder Narkosen auf? ja nein

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Weswegen? _____ Behandelnder Arzt bzw. Hausarzt*? _____

Sind bei Ihnen in letzter Zeit Röntgenaufnahmen gemacht worden? ja nein

*freiwillige Angaben

Als reine Bestellpraxis weisen wir Sie darauf hin, dass exklusiv für Sie reservierte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen sind. Im Fall von kurzfristigen Absagen oder bei unentschuldigtem Nichterscheinen behalten wir uns vor (gemäß §§611, 615 BGB) ein Ausfallhonorar in Höhe von 25,00 €/15 Minuten zu berechnen. (AG Bielefeld AZ 411 C03/17 Urteil vom 10.02.2017)

Ich bestätige, die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Mein Arzt ist ermächtigt, für die Behandlung medizinisch notwendige Daten über mich zur Einsicht anzufordern (z.B. Röntgenaufnahmen). Ich verpflichte mich, Änderungen, die sich während der Behandlung ergeben, sofort mitzuteilen. Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis laut EU-DSGVO einsehbar.

Pfullingen, den _____
Datum

Unterschrift