

Patientendaten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon privat oder mobil

E-Mail

Beruf

Krankenkasse

Versicherter

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen

Besuchsgrund

- Routinekontrolle neuer Zahnersatz
 Amalgamsanierung Schmerzbehandlung
 Beratung
 Schmerzbehandlung
 Sonstiges: _____

JA NEIN akute Schmerzen

- Dauerschmerz
 Reaktion auf süß / sauer
 Temperaturempfindlichkeit
 Schmerzen beim Kauen / bei Belastung / ohne Belastung
 Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
 Schmerzen im Kiefer / Kiefergelenk

Herz-/Kreislaufferkrankungen

- hoher / niedriger Blutdruck (nichtzutreffendes bitte streichen)
 Herzklappenfehler
 Herzklappenersatz
 Herzschrittmacher
 Endokarditis
 Herzoperationen
 Angina Pectoris

infektiöse Erkrankungen

- HIV (Aids)
 Hepatitis: A B C (nichtzutreffendes bitte streichen)
 Tuberkulose

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

- Lokalanesthäsie / Spritzen
 Schmerzmittel
 Medikamente: _____
 Metalle: _____
 Sonstige: _____

JA NEIN sonstige Leiden

- Anfallsleiden (Epilepsie)
 Asthma / Lungenerkrankungen
 Blutgerinnungsstörungen: _____
 Diabetes
 Zahnfleischbluten
 Grüner Star
 Schilddrüse
 Leber
 Niere
 Magen-Darm-Trakt
 Gelenke (Rheuma)
 Ohrensausen / Tinnitus
 Wirbelsäule
 sonstige Erkrankungen: _____

Medikamenteneinnahme

- blutverdünnende Medikamente (Marcumar, ASS)
 Bisphosphonate, die den Knochenstoffwechsel beeinflussen
 Schmerzmittel
 Antidepressiva
 Herzmedikamente
 Cortison
 Sonstige: _____

Besteht eine Schwangerschaft?

- Wenn ja, welcher Monat? _____

Wurden zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht?

- Wenn ja, wann? _____

zusätzliche Angaben

- Zähneknirschen
 starke psychische Belastung
 Zigarettenkonsum

JA NEIN Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen
 Telefon- bzw. Branchenbuch
 über das Internet: _____
 Sonstiges: _____

JA NEIN Möchten Sie an die halbjährige Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

- per Telefon
 per Post

Mir ist bekannt, dass ich als Privatpatient in vollem Umfang selbst zahlungspflichtig bin. Ich verpflichte mich, die Rechnung nach Erhalt ohne Verzögerung zu begleichen. Es ist dafür ohne Belang, inwieweit sich Dritte (z. B. Beihilfsstellen) an diesen Kosten beteiligen. Die Zahnarztpraxis Dr. Ising & Kollegen ist eine Bestellpraxis. Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum

Unterschrift