

**Wir begrüßen Sie mit einem Lächeln – und verzichten auf das  
Händeschütteln – zum Wohle der Patienten**

**Pat. Nr.:** \_\_\_\_\_

**Patient:** \_\_\_\_\_

Nachname                      Vorname                      Geb.datum                      Größe                      Gewicht  
Falls über Familienmitglied versichert, wie zum Beispiel Ehepartner, Vater, Mutter, etc., ist die nächste Zeile  
noch auszufüllen:

**Versicherter:** \_\_\_\_\_  
Nachname,                      Vorname                      Geb.datum

**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
Straße,                      Hausnr.                      PLZ                      Ort

Telefon privat : \_\_\_\_\_                      Telefon mobil : \_\_\_\_\_

E- Mail Adresse : \_\_\_\_\_                      Beruf / Arbeitgeber : \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse : \_\_\_\_\_                      Zusatzversicherung :    O ja                      O nein

**Zutreffendes bitte ankreuzen :**

**Allgemeine Situation**

- Allergien
- Asthma
- Herzkrankung                       Herzschrittmacher
- hoher Blutdruck oder     niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörungen
- Blutverdünnende Mittel, Antikoagulation  
Was: \_\_\_\_\_
- Infektionen (Hepatitis, TBC, HIV, etc.)
- Epilepsie / Anfälle
- Zuckerkrankheit/ Diabetes
- Osteoporose
- Sonstige Erkrankungen : \_\_\_\_\_
- Sind Sie mom. in ärztl. Behandlung?
- Bisphosphonate
- Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Rauchen Sie?
- Besteht eine Schwangerschaft?

**Zahn – Mund – Situation**

- Schmerzen
- gelockerte Zähne
- Zahnfleischbluten
- Haben Sie das Gefühl, an Mundgeruch zu  
leiden ?
- Wünschen Sie dies bez. eine Beratung ?
- Verursachen Ihre Kiefergelenke Geräusche?  
(z. Bsp. beim Kauen / Gähnen, etc)
- Haben Sie eine Knirscherschiene ?
- Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen  
im Kieferbereich angefertigt?  
Wenn ja, wo ? \_\_\_\_\_

In der Praxis Dr. \_\_\_\_\_

- Wie alt ist ihr vorhandener Zahnersatz (ca.)?  
Oberkiefer \_\_\_\_\_ Unterkiefer \_\_\_\_\_

- Sonstige wichtige Informationen:  
\_\_\_\_\_

Möchten Sie an unserem Vorsorge Erinnerungsservice (Recall) teilnehmen ?    o ja                      o nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam ? \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich in Ihren Angaben etwas verändert hat ( Adresse, etc. ).  
Medikamente und auch Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit in Straßenverkehr beeinträchtigen.  
Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203  
StGB und des Datenschutzes.

Wir bitten Sie, Termine die nicht eingehalten werden können, möglichst mindestens 24 Stunden vorher  
abzusagen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter / gesetzl. Vertreter)