

Lüneburger Str.2 - 21073 Hamburg - Tel : 040/ 766 21 22 0 - Fax : 040/ 766 21 22 1  
 e -mail : info@zahnarztpraxis-anke-letzgus.de

**HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS**

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patientendaten**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_  
 geb. am: \_\_\_\_\_  
 Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert? **ja** [ ] **nein** [ ]  
 Freiwillig versichert? **ja** [ ] **nein** [ ]  
 Privat zahnärztlich zusatzversichert? **ja** [ ] **nein** [ ]  
 Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [ ] **nein** [ ]

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Standardtarif? **ja** [ ] **nein** [ ]  
 Basistarif? **ja** [ ] **nein** [ ]  
 Studentisch versichert? **ja** [ ] **nein** [ ]  
 Beihilfeberechtigt? **ja** [ ] **nein** [ ]

Telefon: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_  
 Mobil: \_\_\_\_\_  
 Telefon Büro: \_\_\_\_\_  
 E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_

**Versichertendaten** (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten ? \_\_\_\_\_  
 Versicherter: \_\_\_\_\_  
 geb. am: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben**

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 Anschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden? **ja** [ ] **nein** [ ]

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? [ ] **telefonisch** [ ] **schriftlich**  
 [ ] **per SMS** [ ] **E-Mail**

An welchen Wochentagen zu welcher Zeit möchten Sie am liebsten behandelt werden?

Wochentag: 1. \_\_\_\_\_ Zeit: 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

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.

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

Seite 1

**HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS**

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Ihr persönlicher Gesundheitscheck**

- Herzerkrankung ja [ ] nein [ ]
- Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen ja [ ] nein [ ]
- Hoher Blutdruck ja [ ] nein [ ]
- Niedriger Blutdruck ja [ ] nein [ ]
- Ohnmachtsneigung ja [ ] nein [ ]
- Marcumar / Gerinnungshemmer 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- / Nebenhöhlenerkrankungen ja [ ] nein [ ]
- Epilepsie ja [ ] nein [ ]
- Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche?

- Allergien ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

- Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, bei welchen?

- Sind Sie Raucher? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

- Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, in welchem Monat?

**Grund Ihres Besuchs**

- Kontrolluntersuchung ja [ ] nein [ ]

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

Zahnschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Zahnfleischbluten	ja [ ]	nein [ ]
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Kiefergelenkbeschwerden	ja [ ]	nein [ ]
Knirschen	ja [ ]	nein [ ]
Mundgeruch	ja [ ]	nein [ ]
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	ja [ ]	nein [ ]
Sonstiges		

---

**Sie sind uns wichtig**

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja [ ]	nein [ ]
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja [ ]	nein [ ]
Starker Würgereiz	ja [ ]	nein [ ]
Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?		

---

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

---

**Beratungswunsch**

Professionelle Zahnreinigung	ja [ ]	nein [ ]
Weißer Zähne (Bleaching)	ja [ ]	nein [ ]
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja [ ]	nein [ ]
Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja [ ]	nein [ ]
Kieferorthopädische Behandlung	ja [ ]	nein [ ]
Austestung verträgl. Füllungsmaterialien	ja [ ]	nein [ ]
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	ja [ ]	nein [ ]
Ernährungsfragen	ja [ ]	nein [ ]
Laserbehandlung	ja [ ]	nein [ ]
Hypnosebehandlung	ja [ ]	nein [ ]
Implantate / Implantatversorgung	ja [ ]	nein [ ]
Sonstiges		

---

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_