

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

### Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Versicherter

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Anschrift

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_



Privat \_\_\_\_\_



Firma \_\_\_\_\_



Mobil \_\_\_\_\_



Fax \_\_\_\_\_



E-Mail \_\_\_\_\_

@ \_\_\_\_\_

### Versicherung

\_\_\_\_\_

Kasse

Privat

### Beruf

\_\_\_\_\_

### Firma

\_\_\_\_\_

### Liebe Patientin, lieber Patient,

wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb haben Sie bitte Verständnis dafür, dass wir für reservierte Behandlungszeiten, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, 50% unserer Fixkosten in Rechnung stellen müssen. Für jede angefangene halbe Stunde, die nicht eingehalten wird, kommen € 50,- auf Sie zu. Dieser Betrag beinhaltet kein zahnärztliches Honorar und deckt lediglich einen Teil der laufenden Praxiskosten.

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen? \_\_\_\_\_

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

Ja

Nein

Möchten Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden?

Ja

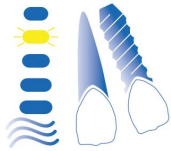
Nein

Wann wurde bei Ihnen die letzte Röntgenuntersuchung der Zähne durchgeführt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift



**Zur Vermeidung möglicher Probleme bei der Behandlung bitten wir Sie  
um Beantwortung der folgenden Fragen:**

Besteht eine Schwangerschaft?

Nein       Ja \_\_\_\_\_ Woche

Leiden Sie an Erkrankungen im Bereich Herz, Kreislauf oder Gefäßsystem?

Nein       Herzschwäche       Herzinfarkt       Schrittmacher       Bypass

Sonstige \_\_\_\_\_

Benötigen Sie auf Grund der o. g. Erkrankungen einen Endokarditisschutz (Antibiotika)?

Nein       Ja

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Keine       Marcumar       ASS 100       ASS 500

Sonstige \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten festgestellt worden (Hepatitis, HIV, TBC o. ä.) ?

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Liegen Organ- oder Stoffwechselstörungen vor (Diabetes o. ä.) ?

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Blutgerinnungsstörungen bekannt?

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Liegen bei Ihnen Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Materialien vor?

Nein       Penicillin       Quecksilber/Amalgam       Nickel       Sonstige \_\_\_\_\_

Haben Sie jemals Probleme nach zahnärztlichen Betäubungsspritzen gehabt?

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Leiden Sie an anderen Krankheiten, nach denen nicht ausdrücklich gefragt worden ist?

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben.

---

Datum

Unterschrift