



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Ihr Wohlbefinden liegt uns am Herzen. Deshalb möchten wir Ihre Wünsche, Vorstellungen und Ansprüche, ebenso wie Ihren Gesundheitszustand kennenlernen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich Ihrer optimalen Betreuung.

Persönliche Daten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ, Wohnort

Beruf

beschäftigt bei

Tel. privat

Tel. geschäftlich

Tel. Mobil (**bitte unbedingt angeben, falls wir Sie einmal kurzfristig erreichen müssen**)

E-Mail

gesetzliche Versicherung? Welche?

private Versicherung? Welche?

Zusatzversicherung _____

beihilfeberechtigt Standardtarif

Bei Versicherung über Familienangehörige abgesichert über

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ, Wohnort

Beruf

Tel.-Nr.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden

Persönliche Empfehlung / Überweisung von: _____

Google Implacheck Jameda Sonstiges _____

Termine

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Wartezeiten lassen sich trotz straffer Organisation und präziser Planung jedoch nicht immer völlig umgehen. Wenn Ihre Zeit knapp bemessen ist, rufen Sie bitte 45 Minuten vor Behandlungsbeginn an, ob Ihr Termin zeitgerecht eingehalten werden kann. Wir sind bemüht, Ihnen in jedem Fall unnötige Wartezeiten zu ersparen. Sollten Sie einen vereinbarten Termin einmal nicht einhalten können, sagen Sie ihn bitte spätestens 24 Stunden vorher ab, so dass wir noch die Möglichkeit haben, diesen Termin einem anderen Patienten anzubieten. Für versäumte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Allgemeine Erkrankungen

- Magen- | Darmerkrankungen
- Lungenerkrankungen | Asthma | COPD
- Rheumatische Erkrankungen
- Grüner Star (Glaukom) | Grauer Star (Katarakt)
- Epilepsie
- Depressionen | Psychosen
- Sonstige: _____

Herz- / Kreislauferkrankungen

- Herzerkrankungen
- zu hoher | niedriger Blutdruck
- Zustand nach Herzinfarkt
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher
- Zustand nach Schlaganfall
- Blutgerinnungsstörung
- blutgerinnungshemmende Medikamente
- Sonstiges: _____

Stoffwechselerkrankungen

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Schilddrüsenerkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Lebererkrankungen
- Osteoporose
- Wurden bzw. werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt?

Infektionskrankheiten

- Gelbsucht | Hepatitis A, B, C
- Immunschwäche (HIV)

Haben Sie Allergien | Medikamentenunverträglichkeiten

- ja, gegen: _____
- Ich habe einen Allergiepass

An welcher nicht aufgeführten Erkrankung leiden Sie: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche: _____

Für Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

ja nein

Liegt oder lag bei Ihnen eine Tumorerkrankung vor?

ja nein

Bekamen Sie Bestrahlungen im Kopf-/Halsbereich?

ja nein

Tragen Sie künstlichen Gelenkersatz?

ja nein

Wenn ja, seit wann: _____

Rauchen Sie?

ja nein

Zahnärztliche Fragen

Haben Sie zurzeit Schmerzen?

ja nein

Haben oder hatten Sie zeitweilig Zahnfleischbluten oder -beschwerden?

ja nein

Ist bei Ihnen bereits eine Parodontosebehandlung durchgeführt worden?

ja nein

Haben oder hatten Sie zeitweilig Geräusche, Knacken oder Beschwerden vor dem Ohr?

ja nein

Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?

ja nein

Schnarchen Sie während des Schlafs?

ja nein

Haben sie Atemaussetzer während des Schlafs?

ja nein

Wann waren Sie das letzte Mal in zahnmedizinischer Behandlung? _____

Wurden in den letzten zwei Jahren Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne angefertigt?

ja nein

Mich interessieren besonders weitergehende Informationen über

- Implantate
- Feste Zähne an einem Tag | All-on-4
- Kronen, Brücken, Zahnersatz
- verschiedene Füllungsalternativen
- Individualprophylaxe – effektive Schutz vor Karies oder Parodontitis
- ästhetische Zahnmedizin (z.B. Bleichen, Veneers, Digital Smile Design)
- Sonstiges: _____

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Bremen, den _____

Unterschrift