



# LÜCKENLOS

ZENTRUM FÜR ZAHNMEDIZIN

Sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen! Bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Änderungen bitten wir uns umgehend mitzuteilen.

_____	_____	_____	_____
Titel/Anrede	Nachname	Vorname	geb.
_____	_____		
PLZ/Ort	Straße, Nr.		
_____	_____		
Beruf	Arbeitgeber		
_____	_____		
Telefon	Mobil	beruflich	
_____			
E-Mail			
_____			
Krankenkasse			
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Beihilfe berechtigt			

Wenn Sie nicht selbst versichert sind, wer ist der Versicherte?

_____	_____	_____
Nachname	Vorname	geb.
_____	_____	
PLZ/Ort	Straße, Nr.	
_____		
Haben Sie akute Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
_____		
Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____		
_____		
Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopfbereich geröntgt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
_____		
Wann? _____ Wo? _____		
_____		
Wie alt ist Ihr derzeitiger Zahnersatz? _____ Sind Sie mit Ihrem Zahnersatz unzufrieden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
_____		
Sind Sie Raucher? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche Woche: _____		
_____		

## IN EIGENER SACHE: WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

von Bekannten/Verwandten Name: \_\_\_\_\_

Zeitungsanzeige  Internet  Flyer  Homepage  Jameda  Außenwerbung

Möchten Sie von uns per Post an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  ja  nein

## HABEN SIE INTERESSE AN:

Zahnerhaltungstherapie (Erwachsene, Kinder, Teenager)  Veneers  Parodontitisbehandlung  Implantatversorgung

Bleaching (Aufhellung der Zähne)  Korrektur von Zahnfehlstellungen  Kiefergelenk-Sprechstunde  neuer Zahnersatz

Amalgamsanierung  Keramik-/Goldinlays  Behandlung unter Vollnarkose/Sedierung

Bitte Rückseite beachten

## ALLGEMEINE MEDIZINISCHE BEFUNDERHEBUNG:

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck                   | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung     | <input type="checkbox"/> Asthma  | <input type="checkbox"/> Rheuma                     |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck               | <input type="checkbox"/> Kreislauferkrankung  | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zucker)                                       | <input type="checkbox"/> Osteoporose                |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung                  | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung      | <input type="checkbox"/> Tuberkulose   | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung des Magen-Darm Traktes | <input type="checkbox"/> HIV (Aids)           | <input type="checkbox"/> Epilepsie   |   |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung            | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten    |  |   |
| <input type="checkbox"/> Grüner Star                       |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                         | Wenn ja, welcher Typ?                         | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C |   |
| <input type="checkbox"/> Ohrensausen/Tinnitus              | Wenn ja, mit Strahlentherapie im Kopfbereich? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                        |   |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung                   | Wenn ja, mit Chemotherapie?                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                        |   |
| Knirschen Sie mit den Zähnen?                              |   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                        |   |
| Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?                  |   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                        |   |
| Haben Sie das Gefühl, dass ihr Biss nicht stimmt?          |   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                        |   |

## ZU IHREM HERZEN: HABEN ODER HATTEN SIE?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> eine Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> eine künstliche Herzklappe |  |
| <input type="checkbox"/> Angina Pectoris            | <input type="checkbox"/> einen Herzinfarkt          | <input type="checkbox"/> einen Herzschrittmacher |

## MEDIKAMENTE: NEHMEN SIE ...

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide)   | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Antidepressiva |
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonate  | <input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS, Plavix Xarelto |  |   |

Andere Medikamente, welche?: \_\_\_\_\_

Ist eine Unverträglichkeit gegen Antibiotika, speziell Penicillin bekannt?  ja  nein

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?  ja  nein

Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

Unsere Praxis arbeitet nach einem Bestellsystem, damit Wartezeiten so gering wie möglich ausfallen. Sofern Sie fest vereinbarte Termine nicht einhalten können, muss spätestens 24 Std. vorher eine Absage erfolgen. **Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen die nicht genutzte Zeit in Höhe des Honorars zu berechnen, das für die termingerechte Behandlung angefallen wäre.** Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeit rechnen. Da es sich um einen eingeschobenen Termin handelt, ist auch nur eine Notversorgung möglich. Bitte berücksichtigen Sie, dass Sie nach einer örtlichen Betäubung (Spritze) mind. 5 Std. straßenverkehrsuntauglich sind! **Bei örtlichen Betäubungen im Unterkiefer kann es in seltensten Fällen zu Nervenschädigungen im Bereich der Zunge und Lippe kommen. Dies könnte ein dauerhaftes Taubheitsgefühl zur Folge haben.**

Für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung:

Wird die gesetzliche Versichertenkarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn beigebracht, weisen wir daraufhin, dass dann eine private Rechnung erfolgt (§ 15 GRD).

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift