



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Herzlich willkommen!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken und unsere Praxis aufgesucht haben. Im Interesse einer möglichst sicheren und reibungslosen Behandlung, bitten wir Sie, die Fragen auf dieser und der folgenden Seite genau und vollständig zu beantworten und die erforderlichen Einwilligungen zu unterzeichnen. Für Rückfragen hierzu stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_ **geb.** \_\_\_\_\_

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

**Telefon** \_\_\_\_\_ **Mobil** \_\_\_\_\_

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

**Beruf** \_\_\_\_\_ **Arbeitgeber** \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert       private Versicherung: \_\_\_\_\_

beihilfeberechtigt       Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

**Versicherte(r), Zahlungspflichtige(r) oder gesetzlicher Betreuer**  
(falls abweichend)

**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_ **geb.** \_\_\_\_\_

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

**Telefon** \_\_\_\_\_ **Mobil** \_\_\_\_\_

**Ihr Hausarzt (Patient)**

**Name** \_\_\_\_\_ **Anschrift** \_\_\_\_\_

**Ihr Zahnarzt (Patient)**

**Name** \_\_\_\_\_ **Anschrift** \_\_\_\_\_

**Sie wurden überwiesen von Ihrem**

Zahnarzt       Hausarzt       Hautarzt       \_\_\_\_\_

*Bitte wenden!*  
↪

## Bitte zutreffendes ankreuzen

**Allergien:**                    o ja      o nein                    falls ja, welche: \_\_\_\_\_

### **Erkrankungen der inneren Organe:**

Diabetes:                    o ja      o nein                    falls ja, welche: \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung: o ja      o nein                    falls ja, welche: \_\_\_\_\_

Lungenerkrankung:      o ja      o nein                    falls ja, welche: \_\_\_\_\_

Magen/Darmerkrankung: o ja      o nein                    falls ja, welche: \_\_\_\_\_

Nierenerkrankung:      o ja      o nein                    falls ja, welche: \_\_\_\_\_

Tumorerkrankung:      o ja      o nein                    falls ja, welche: \_\_\_\_\_

Chemotherapie:          o ja      o nein

Bestrahlung:            o ja      o nein

Künstliches Gelenk:     o ja      o nein

### **Herz-/Kreislaufferkrankung:**

Herzschrittmacher:     o ja      o nein

Herzinfarkt:            o ja      o nein

Künstliche Herzklappe: o ja      o nein

Blutdruck:              o hoch o normal o niedrig

### **Suchterkrankung:**

Rauchen:                o ja      o nein                    falls ja, Menge/Tag \_\_\_\_\_

Alkohol:                o ja      o nein                    \_\_\_\_\_

Drogen:                o ja      o nein                    \_\_\_\_\_

### **Infektionserkrankungen:**

Hepatitis:              o ja      o nein

HIV:                    o ja      o nein

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Schwangerschaft:**      o ja      o nein

falls ja, Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

**Pflegegrad:**            o ja      o nein

falls ja, Pflegestufe: \_\_\_\_\_

### **Allgemeines:**

Sonstige Erkrankungen, die nicht aufgezählt wurden:

---

**Regelmäßige Medikamente:**      o keine                    o aktueller Medikamentenplan liegt bei

falls kein Medikamentenplan, bitte im folgenden sämtliche Medikamente auflisten:

---

---

Hatten Sie in der Vergangenheit eine Therapie mit antiresorptiven Medikamenten?      o ja      o nein

= Medikamente mit Einfluss auf den Knochenstoffwechsel, z.B. Denosumab (Prolia®, XGeva®), Zoledronsäure (Zometa®, Aclasta®), Aledronsäure (Fosamax®)

Mir ist bekannt, dass es bei einer zahnärztlichen Lokalanästhesie („Spritze“) in sehr seltenen Fällen zu dauerhaften Gefühlsstörungen der entsprechenden Lippen/Zungen-Region kommen kann.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und werden elektronisch von uns gespeichert.

Wir weisen Sie darauf hin, dass für versäumte Termine eine Ausfallpauschale in Rechnung gestellt werden kann. Bitte geben Sie uns daher bei Verhinderung rechtzeitig, mind. 24 Stunden vorher Bescheid. Vielen Dank.

**Für Privatpatienten:** Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass die Erstattung Ihrer Versicherung möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient, Zahlungspflichtiger/Vertreter