

25. April 2016

### 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 individuelle und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

#### Allgemeine Angaben

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Pflichtversichert: ja ( ) / nein ( )  
Sind Sie Beihilfeberechtigt? ja ( ) / nein ( )  
Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ja ( ) / nein ( )  
Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, geben Sie bitte den Versicherten an.

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

**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.**

Unterschrift : \_\_\_\_\_

**MVZ**  
**"Am Schloßplatz" GmbH**  
Schloßplatz 7 - 68723 Schwetzingen  
Telefon: 06202-21955 - Telefax: 06202-22026

**Ihr persönlicher Gesundheitscheck**

Haben Sie einen Allergiepass?	ja ( ) / nein ( )
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?	ja ( ) / nein ( )
Wenn ja, welche? _____	
Haben Sie Gerinnungsstörungen / Blutungsneigung?	ja ( ) / nein ( )
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung / Hoher Blutdruck?	ja ( ) / nein ( )
Haben Sie einen Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappe?	ja ( ) / nein ( )
Haben Sie niederen Blutdruck / Ohnmachtsneigung?	ja ( ) / nein ( )
Haben Sie die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	ja ( ) / nein ( )
Sind Sie HIV positiv?	ja ( ) / nein ( )
Haben Sie Hepatitis A / B?	ja ( ) / nein ( )
Haben Sie Hepatitis C?	ja ( ) / nein ( )
Haben Sie Diabetes / Rheuma?	ja ( ) / nein ( )
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja ( ) / nein ( )
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	ja ( ) / nein ( )
Leiden Sie unter Migräne?	ja ( ) / nein ( )
Haben Sie eine Prostataerkrankung?	ja ( ) / nein ( )
Haben Sie eine Lungenerkrankung / Asthma?	ja ( ) / nein ( )
Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen?	ja ( ) / nein ( )
Wenn ja, welche? _____	

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

Reagieren Sie empfindlich auf bestimmte Medikamente? ja ( ) / nein ( )

Wenn ja, auf welche? \_\_\_\_\_

Können wir bei Ihnen problemlos alkoholhaltige Medikamente und  
Materialien verwenden? ja ( ) / nein ( )

Für unsere weiblichen Patienten: Sind sie schwanger? ja ( ) / nein ( )

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

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

**MVZ**  
**"Am Schloßplatz" GmbH**  
Schloßplatz 7 - 68723 Schwetzingen  
Telefon: 06202-21955 - Telefax: 06202-22026

**Weswegen begeben Sie sich bei uns in Behandlung?**

Kontrollbehandlung? ja ( ) / nein ( )  
Haben Sie Zahnschmerzen? ja ( ) / nein ( )  
Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? ja ( ) / nein ( )  
Haben Sie Zahnfleischbluten? ja ( ) / nein ( )  
Knirschen oder Pressen Sie? ja ( ) / nein ( )  
Leiden Sie unter Mundgeruch? ja ( ) / nein ( )  
Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen? 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 besonders vermisst?  
\_\_\_\_\_

**Haben Sie besondere Beratungswünsche?**

Professionelle Zahnreinigung? ja ( ) / nein ( )  
Weiße Zähne ( Bleichen ) ? ja ( ) / nein ( )  
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln? ja ( ) / nein ( )  
Zahnfarbene Keramikfüllungen und Kronen? ja ( ) / nein ( )  
Austestung verträglicher Materialien und Medikamente? ja ( ) / nein ( )  
Amalgamsanierung und Quecksilberausleitung? ja ( ) / nein ( )  
Knochenaufbau mit Knochenersatzmaterial? ja ( ) / nein ( )  
Implantatversorgung? ja ( ) / nein ( )  
Alternative Behandlungsmethoden? ja ( ) / nein ( )  
Sonstiges?

Wir rechnen Selbstzahlerleistungen über das Rechenzentrum BFS Health Finance ab. Anbei liegt für Sie die Einverständniserklärung zur Unterschrift. Sie werden selbstverständlich im Vorfeld über eventuelle Privatleistungen aufgeklärt.

Ich bestätige, vorstehende Angaben, in meinem eigenen Interesse, nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

**Schwetzingen, den 25. April 2016** \_\_\_\_\_