



# Zahnarztpraxis am Chiemsee

Dr. Veronika Schweier, ZA Torsten Naumann

angest. ZÄ: Dr. Klaus Schweier, ZÄ Franziska Schwab, ZÄ Charlotte Naumann

**Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis!**

**Wir bitten Sie, uns einige wichtige Informationen für Ihre Behandlung zu geben: (Bitte deutlich schreiben)**

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

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Wie heißt Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert:

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

Bonusheft vorhanden:

Zusatzversicherung vorhanden:

privat versichert:

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

privat versichert im Basistarif:

**Bitte beantworten Sie uns nun die folgenden medizinischen Fragen:**

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  JA  NEIN

Haben Sie eine Pflegestufe?

Haben Sie einen Betreuer/ Vormund?

Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger?  im \_\_\_\_\_ Monat

Haben oder hatten Sie jemals Allergien?

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Ist ein Allergiepass vorhanden?

Rauchen Sie?

Haben Sie Erkrankungen?

(z.B. an Augen, Schilddrüse, Herz, Lunge, Leber, Knochen, Verdauungssystem, Diabetes oder andere Stoffwechselstörungen ...)

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

Sind Sie HIV positiv?

Leiden Sie unter Osteoporose?

Nehmen Sie Blutverdünner?

Wenn ja, welchen: ASS100  Marcumar  Xarelto  Lixiana  Eliquis  \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Krebserkrankung?

Nehmen Sie sonstige Medikamente?

Wenn ja, welche Medikamente: \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung im Kopf-Hals-Bereich? \_\_\_\_\_

(Falls nicht bei uns gemacht)

**Bitte beantworten Sie auch folgende Fragen, damit wir möglichst gut auf Ihre Wünsche eingehen können:**

Haben Sie Angst vor der Behandlung?  JA  NEIN

Legen Sie Wert auf eine örtliche Betäubung?

Interessieren Sie sich für individuelle Vorsorgemaßnahmen?

(professionelle Zahnreinigung, Zahnputztraining etc.)

Welches Füllungsmaterial bevorzugen Sie?  Schichtkunststoff (mit Zuzahlung, ca. 50-150€)

Amalgam

Ich wünsche eine Erinnerung an die Vorsorgeuntersuchung:

halbjährlich  jährlich per E-Mail \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_