



Zahnarztpraxis am Chiemsee

Dr. Veronika Schweier, ZA Torsten Naumann, Dr. Klaus Schweier

Markstatt 2a
83339 Chieming
Tel.: 08664/1016
Fax: 08664/1590
info@zahnarzt-
chieming.de

Liebe Patientin,
lieber Patient!

Herzlich willkommen
in unserer Praxis.
Wir bitten Sie, uns
einige Informationen
für unsere Verwaltung
zu geben.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer Festnetz / Handy*: _____

Krankenkasse: _____ Beruf*: _____

* freiwillige Angabe, aber notwendig und hilfreich für die Behandlungstätigkeit.

Bitte unterstützen Sie
uns dabei, gesund-
heitliche Risiken zu
vermeiden, indem Sie
folgende Fragen
gewissenhaft
beantworten.

Ihre Angaben
unterliegen der
ärztlichen
Schweigepflicht.

Haben Sie Erkrankungen an...

- Herz oder Kreislauf..... **Ja** **Nein**
- Lunge..... **Ja** **Nein**
- Blut..... **Ja** **Nein**
- Leber..... **Ja** **Nein**
- Nieren..... **Ja** **Nein**
- Schilddrüse..... **Ja** **Nein**
- Magen-Darm-Trakt..... **Ja** **Nein**
- Gelenke (Rheuma)..... **Ja** **Nein**

Haben Sie...

- Hohen Blutdruck..... **Ja** **Nein**
- Asthma..... **Ja** **Nein**
- Zucker (Diabetes)..... **Ja** **Nein**
- Fallsucht (Epilepsie)..... **Ja** **Nein**
- Gelbsucht (Hepatitis)..... **Ja** **Nein**
- Grünen Star..... **Ja** **Nein**
- Hatten Sie einen Schlaganfall? **Ja** **Nein**
- Sind Sie HIV positiv..... **Ja** **Nein**
- Neigen Sie zu Blutungen?..... **Ja** **Nein**
- Leiden Sie an anderen Erkrankungen?
Ja **Nein**

Wenn ja, an welchen?

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung
der Zähne bzw. des Kopfbereichs?

Für weibl. Patienten: Sind Sie schwanger?

Ja **Nein**

Wenn ja, in welchem Monat?

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Ja **Nein**

Wie heißt Ihr Hausarzt? Telefonnummer?

Nehmen Sie Blutverdünner?

Ja **Nein**

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig sonstige Medikamente?

Ja **Nein**

Wenn ja, welche?

Haben oder hatten Sie jemals Allergien?

Ja **Nein**

Wenn ja, welche?

Bitte beantworten
Sie folgende
Fragen, damit wir
möglichst gut
auf Ihre Wünsche
eingehen können.

- Haben Sie Angst vor der Behandlung?..... **Ja** **Nein**
- Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?..... **Ja** **Nein**
- Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?..... **Ja** **Nein**
- Interessieren Sie sich für individuelle Vorsorgemaßnahmen
(Professionelle Zahnreinigung, Zahnputztraining, etc.)?..... **Ja** **Nein**
- Welches Füllungsmaterial bevorzugen Sie?

Amalgamfüllung

Kompositfüllung (Zuzahlung jeweils 40-95 €)

Für Patienten, die Mitglied bei einer gesetzlichen Krankenkasse sind:

Ist ein Bonusheft vorhanden? **Ja** (seit wann?) _____ **Nein**

Bitte vorlegen für Zahnersatz-Behandlungen/Reparaturen!



Der Patient ist verpflichtet, etwaige Änderungen der angegebenen Daten mitzuteilen.

Datum: _____ Unterschrift: _____