

*Herzlich Willkommen  
in unserer Praxis!*



Bevor wir uns in Ruhe mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren persönlichen Angaben auch Informationen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig, um Ihnen eine an Ihre Bedürfnisse angepasste und risikofreie Behandlung gewährleisten zu können. Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der strengen ärztlichen Schweigepflicht des gesamten Praxisteams.

Vielen Dank für das entgegengebrachte Vertrauen!

Ihr Praxisteam

## IHRE PERSONALIEN

Name	Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	
Straße	PLZ, Wohnort	
E-Mail	Beruf	
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	Telefon (geschäftlich) - freiwillige Angabe
Versicherung/Krankenkasse		
Freiwillig versichert: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		

## VERSICHERT ÜBER

Name	Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	
Straße	PLZ, Wohnort	
E-Mail	Beruf	
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	Telefon (geschäftlich) - freiwillige Angabe
Versicherung/Krankenkasse		

Füllen Sie diesen Bereich nur aus,  
wenn Sie über ein Familienmitglied  
versichert sind.

## ALLGEMEINES

- Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet  pers. Empfehlung \_\_\_\_\_

Telefonbuch  Sonstige \_\_\_\_\_

- Waren andere Kriterien für Ihre Wahl wichtig? (z.B.: örtliche Nähe zum Wohnort, gute Verkehrsanbindung, Einkaufszentrum)

\_\_\_\_\_

- Wünschen Sie eine Behandlung durch einen bestimmten Arzt?

\_\_\_\_\_

- Möchten Sie zur lebenslangen Gesunderhaltung Ihrer Zähne über unser Prophylaxeprogramm informiert werden?

Ja  Nein

- Regelmäßige professionelle Zahnreinigung (PZR) sichert den Behandlungserfolg! Möchten Sie an unserem kostenlosen Terminerinnerungsservice (Recall) teilnehmen? Hierbei erinnern wir Sie rechtzeitig schriftlich, per Mail oder telefonisch an Ihre nächste Prophylaxebehandlung.

Ja  Nein

- Möchten Sie von uns kostenlos per SMS, Mail oder Telefon an Ihre Termine erinnert werden?

Ja  Nein

## IHR GESUNDHEITZUSTAND

### ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Ja  Nein

Wenn ja, aufgrund welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr behandelnder Arzt? \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

### MEDIKAMENTE

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ALLERGIEN

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

\_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergiepass?

Ja  Nein

## HERZERKRANKUNGEN

- Herzschwäche (Insuffizienz)?  Ja  Nein
- Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?  Ja  Nein
- Herzasthma, Angina pectoris?  Ja  Nein
- Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?  Ja  Nein
- Zustand nach Herzinfarkt?  Ja  Nein
- Haben Sie einen Herzpass?  Ja  Nein

## KREISLAUFERKRANKUNGEN

- Zu hoher Blutdruck?  Ja  Nein
- Zu niedriger Blutdruck?  Ja  Nein

## STOFFWECHSEL- ERKRANKUNGEN

- Zuckerkrankheit (Diabetes)?  Ja  Nein
- Magen- und Darmerkrankungen?  Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankungen?  Ja  Nein
- Nierenerkrankung?  Ja  Nein

## ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

- Epileptische Anfälle?  Ja  Nein
- Krämpfe?  Ja  Nein

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

## BLUTERKRANKUNGEN

- Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?  Ja  Nein
- Blutungsneigung (Hämophilie)?  Ja  Nein
- Blutarmut (Anämie)?  Ja  Nein

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

## INFEKTIONSERKRANKUNGEN

- Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis)?  Ja  Nein
- HIV / AIDS?  Ja  Nein
- Chronische Erkrankungen der Atemwege, Asthma?  Ja  Nein

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

## AUGENERKRANKUNGEN

z.B. grüner Star (Glaukom)?

\_\_\_\_\_

## WEITERE ANGABEN

- Bevorzugen Sie homöopathische Behandlung?  Ja  Nein
- Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?  Ja  Nein
- Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?  Ja  Nein
- Rauchen Sie?  Ja  Nein
- Haben Sie ein Hörgerät?  Ja  Nein

## SCHWANGERSCHAFT

- Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

Schwangerschaftsmonat: \_\_\_\_\_

## ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE (ab dem 12. Lebensjahr)

- Wurden in den letzten 3 Monaten Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne angefertigt?  Ja  Nein
- Sind Ihre Zähne temperaturempfindlich?  Ja  Nein
- Blutet Ihr Zahnfleisch?  Ja  Nein
- Bemerken Sie Stellungsveränderungen Ihrer Zähne?  Ja  Nein
- Ist Zahnverlust eingetreten durch Zahnlockerung oder Zahnkaries?  Ja  Nein
- Sind Sie kieferorthopädisch behandelt worden?  Ja  Nein
- Stellen Sie Geräusche/Schmerzen in den Kiefergelenken fest?  Ja  Nein
- Knirschen Sie zeitweise mit den Zähnen oder erwachen Sie morgens mit zusammengepressten Zähnen?  Ja  Nein
- Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?  Ja  Nein
- Sind Sie mit der Farbe Ihrer Zähne zufrieden?  Ja  Nein
- Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnersatz?  Ja  Nein
- Befinden Sie sich in homöopathischer Behandlung?  Ja  Nein

## ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE (0 bis 12 Jahre)

- Nimmt Ihr Kind zwischen den 3 Hauptmahlzeiten mehr als 3 Zwischenmahlzeiten zu sich? (Hierzu zählen auch Süßigkeiten und Getränke.)  Ja  Nein
- Bekommt Ihr Kind am Abend/in der Nacht gesüßten Tee, Saft oder ähnliches?  Ja  Nein
- Wie oft am Tag werden die Zähne geputzt? \_\_\_\_\_
- Bekommt Ihr Kind Fluoride (in Form von fluoridiertem Speisesalz, als Fluoretten, im Mineralwasser oder als Bestandteil der Zahnpasta)?  Ja  Nein
- Haben Sie bei Ihrem Kind Veränderungen an den Zähnen entdeckt?  Ja  Nein
- Atmet Ihr Kind viel durch den Mund?  Ja  Nein
- Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten?  Ja  Nein

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG/RECHNUNGSTELLUNG

Ich erkläre hiermit die Richtigkeit der angegebenen Daten und erkläre mich einverstanden, dass Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder oder Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke für medizinische, rechtliche sowie Zahlungszwecke anderen Medizinalpersonen, Versicherungen, Inkasso- oder Betriebsstellen auf Anfrage zugestellt werden können. Ich stimme zu, dass meine im Verlauf der Behandlung erfassten und entstehenden Daten an die Verrechnungsstelle des Factoring Partners der Praxis Kühn zum Zwecke der Leistungserfassung, Abrechnung und Forderungseinzug weitergeleitet werden.

Um lange Wartezeiten möglichst zu vermeiden, wird unsere Praxis im Bestellsystem geführt. Wir bitten Sie, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, sonst besteht unsererseits die Möglichkeit, eine Ausfallgebühr zu berechnen.

Ort, Datum

Unterschrift