

**Sehr geehrte Patienten,**

sehr viele allgemeingesundheitliche Störungen und Erkrankungen stehen im Zusammenhang mit den Zähnen – mit Ihren Angaben helfen Sie uns, diese im Zusammenhang mit der Röntgen-Panoramaaufnahme zu erkennen und Ihnen möglicherweise auch außerhalb des Zahn-/Mundbereiches helfen zu können.

**Um für Sie eine reibungslose und effektive Erstuntersuchung zu gewährleisten, ist es für uns wichtig, im Voraus über Ihre Beschwerden, Ihren Mund- und Gesundheitszustand und Ihre Wünsche informiert zu sein.**

Name, Vorname

geb.

Straße

Telefonnummer

Wohnort

**Versicherter (falls abweichend)**

Name, Vorname

geb.

Straße

Telefonnummer

Wohnort

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

 Ja Nein

Arbeitgeber:

Ihre E-Mail Adresse:

Haben / hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma, Bronchitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entzündung der Nasennebenhöhlen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV-Infektion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Störung von Magen/Darm
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit

Nehmen Sie Blutverdünner ein?  
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche?

Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien?  
Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag

Leiden Sie unter Kiefergelenkschmerzen?  
Falls ja angekreuzt, bitte das Beiblatt „Klinischer Funktionsstatus“ ausfüllen.

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

Sonstige Angaben, andere Krankheiten:

**Für Frauen:** Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet  Empfehlung durch (w.m mit Namen und Adresse)  
 Zeitschriften / Magazine

**Anliegen:**

Bitte schildern Sie uns kurz Ihr Anliegen, z.B. Schmerzen, Implantate, Amalgam-Sanierung, Kontrolle, usw.:

**Akute Beschwerden:**

Sind akut Schmerzen im Zahn-/Mundbereich vorhanden? Wenn ja, seit wann?

**Zahnärztliche Anamnese:**

Welche Behandlungen wurden in den letzten 3 Jahren im Zahn-/Mundbereich durchgeführt?

**Gefahren durch Amalgam und Metalle im Mund:**

Wünschen Sie Informationen zu Risiken von Amalgam und Metallen im Mund?  Ja  Nein

**Bitte senden Sie diesen Plan vor Ihrem 1. Termin an unsere Praxis zurück:**

**Informationen und Einwilligung:**

Bitte informieren Sie uns rechtzeitig (spätestens 24 Std. vorher), wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, andernfalls behalten wir es uns vor, die reservierte Zeit für den Termin in Rechnung zu stellen (§ 616 BGB Satz 2).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der umseitigen und obigen Angaben und erkläre mich einverstanden, dass meine Daten von der medizinischen Abteilung von MEDIDENT BAVARIA® eingesehen werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter