



Dr. M. Lobert, MSc.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis und **vielen Dank**, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken. Um Sie angemessen und sicher behandeln zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Sollte sich im Laufe der Zeit etwas an Ihren Angaben ändern, bitten wir Sie um sofortige Mitteilung.

(vollständiger) Vor- und Nachname _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Geburtsdatum _____ Beruf * _____

Telefon privat _____ Handy _____

@ Anschrift _____

Krankenversicherung _____

Zusatzversicherung, falls vorhanden _____

Arbeitgeber * _____

Hausarzt _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? * _____

Nehmen **Sie Medikamente** ein? Wenn **ja Welche?** nein ja

z.B. Aspirin(ASS) Marcumar Plavix Teclopin

oder andere: _____

Sind Sie am **Herz-Kreislauf-System** erkrankt? Wenn **ja Welche?** nein ja

z.B. hoher Blutdruck Angina pectoris Herzinfarkt

oder andere: _____

Haben Sie einen **Herzschrittmacher?** nein ja

Haben Sie eine **Künstliche Herzklappe?** nein ja

Sind Sie **Diabetiker** (Zuckerkrank)? nein ja

Wenn ja !!! spritzen Sie **Insulin** oder nehmen Sie "**Zuckertabletten**"? nein ja

Haben Sie in den letzten 2 Jahren **ein künstliches Gelenk** erhalten? nein ja

Haben oder hatten Sie **Gelbsucht** oder **Leberentzündungen (Hepatitis)** nein ja

Wenn ja !!! Wann? _____

Leiden sie an **Gerinnungsstörungen** nein ja
(Blutergüsse auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung)

Sind **andere Erkrankungen** bei Ihnen bekannt? nein ja

!!!Notieren Sie Welche!!! z.B. Infektionskrankheiten ,HIV, MRSA, Schilddrüsenerkrankung etc.

Rückseite nicht vergessen!!!

*freiwillige Angaben

Bei einer Krebserkrankung! Wurde bei Ihnen eine **Bestrahlung** durchgeführt? **nein** **ja**

Sind **Unverträglichkeiten** von z.B. Schmerzmitteln, Medikamenten, Latex, Metallen bekannt? **nein** **ja**

Wenn ja Welche: _____

Besteht bei Ihnen eine **Osteoporose** (Knochenentkalkung)? **nein** **ja**

Wenn ja!!! nehmen oder nahmen Sie jemals **Bisphosphonate** ein? **nein** **ja**

Für Frauen: Könnten Sie schwanger sein? **nein** **ja**

Bekamen Sie schon einmal eine **Spritze zur örtlichen Betäubung**? **nein** **ja**

Wenn ja, gab es dabei **Komplikationen**? **nein** **ja**

Wurden von Ihnen in den **letzten 3 Jahren** beim Zahnarzt **Röntgenaufnahmen** angefertigt? **nein** **ja**

Rauchen Sie regelmäßig? Wie viele pro Tag _____ **nein** **ja**

Liegt bei Ihnen eine Körperliche, geistige oder seelische Behinderung vor? **nein** **ja**

Liegt bei Ihnen eine Pflegestufe nach §15 Abs. 1 SGB XI vor? **nein** **ja, welche** _____

Möchten sie über folgende Themen informiert werden?

Behandlung unter Lachgas Prophylaxemaßnahmen

Schnarchschiene Parodontitis/ Zahnfleischerkrankung

Zahnaufhellung/Bleaching Helbo Therapie (Laserbehandlung)

Oder haben Sie andere Fragen, Wünsche oder Anliegen?

Möchte Sie an unserem Erinnerungsdienst teilnehmen, das bedeutet Sie werden automatisch benachrichtigt, wenn die nächste Vorsorgeuntersuchung wieder fällig ist.

nein **per @-Mail** **per Postkarte**

Termine müssen bei Verhinderung bis spätestens 24 Std. vor Behandlungsbeginn abgesagt werden!!!

Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass bei Nichteinhalten des Termins die versäumte Behandlung anteilig in Rechnung gestellt werden kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Meine Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB. sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes (Art.7 Abs.3). siehe Aushang im Wartezimmer.

Datum

Unterschrift Patient bspw. Erziehungsberechtigten

*freiwillige Angaben