

# Zahnarztpraxis Dr. Kühn & Kollegen



Dr. med. dent. Nicholas Kühn  
Dr. med. dent. Johann Kleiner  
Dr. med. dent. Wolfgang Roth  
Marktplatz 9  
84085 Langquaid

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Um Ihnen eine adäquate und risikoarme zahnärztliche Behandlung gewähren zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß den derzeit gültigen datenschutzrechtlichen Vorgaben.

Name

Vorname

(M) Männlich / (W) Weiblich / (D) Divers

Geburtsdatum

Postleitzahl / Ort

Straße

Tel. priv. (tagsüber erreichbar)

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber / Tel.

Krankenkasse

Versicherungsnehmer

Gesetzl. versichert ja  nein

Zusatzversicherung ja  nein

Privat versichert ja  nein

Beihilfeberechtigt ja  nein

Versichertendaten (sofern Patient nicht Versicherungsnehmer):

Versicherungsnehmer:

geb.:

Anschrift:

Herzerkrankung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche:				
Herzschrillmacher	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Gerinnungshemmer-Einnahme <i>(z.B. Marcumar, Warfarin, Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Lixiana, ASS, Clopidogrel, Heparin)</i>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Rheuma	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Diabetes	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Magen- / Darmerkrankung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung / Asthma	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheit (Hepatitis, TBC, HIV)	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Strahlentherapie (Krebsbehandlung)	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Osteoporose / Bisphosphonat-Einnahme	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sonstige Erkrankungen?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche:				
Allergie / Unverträglichkeit gegen Antibiotika	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Allergie / Unverträglichkeit gegen Lokalanästhetika	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Allergie / Unverträglichkeit gegen Schmerzmittel	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Allergie / Unverträglichkeit gegen sonstige Medikamente	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Sonstige Allergien	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche:				

Besteht eine Schwangerschaft ja  nein

wenn ja, welche Woche:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ja  nein

wenn ja, welche:

Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung ja  nein

wenn ja, weshalb:

Sind Sie Raucher ja  nein

wenn ja, wie viele Zigaretten täglich:

Pflegegrad Stufe (bitte Nachweis):

Schwerbehinderung (bitte Nachweis):  %

ggf. Betreuung durch:

Hausarzt:

Adresse:

Wie möchten Sie regelmäßig an den Vorsorgetermin erinnert werden?

per E-Mail  telefonisch  per Brief

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten und Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder, Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks notwendiger Abklärung oder Informationen mit meiner Zahnärztin / meinem Zahnarzt oder weiteren, der zahnärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen, wie Versicherungen etc. ausgetauscht werden und dass die für die Rechnungsstellung bzw. Buchführung notwendigen Daten zur Verfügung gestellt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mir – falls notwendig – eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung). Ich bin darüber informiert worden, dass es dabei im Kiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (anhaltendes Taubheitsgefühl, Kribbeln), die in der Regel wieder abklingen.

Datum:

Unterschrift