

# Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patienten,  
bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren  
Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist  
wichtig für eine risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen  
Schweigepflicht.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Straße + Nr.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

## Erziehungsberechtigter (bei Minderjährigen):

Name \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Straße + Nr.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse / Versicherung: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Überweisender Zahnarzt/Hausarzt: \_\_\_\_\_

Andere Empfehlung?: \_\_\_\_\_

Wurden im letzten Jahr **Röntgenaufnahmen** im Kopf-, Kiefer-, Zahnbereich angefertigt?  
Wenn ja in welcher Praxis? \_\_\_\_\_

### **Für Kassenpatienten:**

Haben Sie eine private Zusatzversicherung?

Ja

Nein

### **Für Privatpatienten:**

Sind Sie Beihilfe versichert?

Ja

Nein

**Das Blatt bitte wenden!**

## Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?: \_\_\_\_\_

Hausarzt / Facharzt: \_\_\_\_\_

## Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja  Nein

Wenn ja Welche? \_\_\_\_\_

## Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente

Ja  Nein

Wenn ja welche? (z. B. ASS/Marcumar): \_\_\_\_\_

## Haben Sie eine Herzerkrankungen?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Haben Sie Kreislauferkrankungen?

Hoher Blutdruck?  Ja  Nein

Niedriger Blutdruck?  Ja  Nein

## Haben Sie Allergien?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Haben Sie Anfälle/Krämpfe? (z. B. Epilepsie)

Ja  Nein

Liegt eine Blutungsneigung vor (Hämophilie/Bluterkrankungen)?  Ja  Nein

## Haben Sie eine Zuckerkrankheit (Diabetes)?

Ja  Nein

## Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?

Ja  Nein

Haben Sie eine Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)?  Ja  Nein

HIV +  Ja  Nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Ist eine Schwangerschaft bekannt?

Ja  Nein

Wenn ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_

Mit medizinisch notwendigen Leistungen, die von der Krankenkasse nicht erstattet werden, bin ich einverstanden.  Ja nach Absprache  Nein

Düsseldorf, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

(Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

## Für Privatpatienten:

Ich bin Privatpatient und komme für die Behandlungskosten auf.

Düsseldorf, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

(Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)