



# AMAdent

IHRE ZAHNARZTPRAXIS  
IM SOMMERRAIN

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Ihnen den Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach § 293 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

## Persönliche Daten

_____ Name	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße		_____ PLZ, Ort
_____ Telefon Festnetz	_____ Telefon mobil	_____ E-Mail
_____ Arbeitgeber (freiwillige Angabe)	_____ Beruf (freiwillige Angabe)	_____ Telefon geschäftlich (freiwillige Angabe)

## Versicherung

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> privat versichert     | <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt |
| <input type="checkbox"/> Basistarif privat     |   |

Bitte ergänzen, sofern Mitglied und Zahlungspflichtige/-r der Versicherung nicht identisch sind

_____ Name	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum	_____ Geburtsort
_____ Straße		_____ PLZ, Ort	

## Hausarzt

_____ Name	_____ PLZ, Ort
---------------	-------------------

## Grund Ihres Besuchs?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> Endodontie/Wurzelkanalbehandlung | <input type="checkbox"/> Beratung        |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung    | <input type="checkbox"/> ästhetische Zahnmedizin          | <input type="checkbox"/> 2. Meinung      |
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe           | <input type="checkbox"/> Parodontologie                   | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

## Recall

Ist eine Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen gewünscht? Wenn ja:  jährlich  halbjährlich

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/-r



## Gesundheitsfragen

### Haben/Hatten Sie folgenden Krankheiten?

- Asthma/Lungenerkrankung  ja  nein  
Diabetes  ja  nein  
Rheuma  ja  nein  
Augenerkrankung (z.B. Glaukom)  ja  nein  
Magen-Darm-Erkrankung  ja  nein  
Osteoporose  ja  nein

Wenn ja, welche Therapien/Medikamente wurden durchgeführt/verordnet? \_\_\_\_\_

- Tuberkulose  ja  nein  
HIV-Infektion  ja  nein  
Hepatitis A/B/C  ja  nein  
sonstige Leberkrankheiten  ja  nein  
Lähmungen  ja  nein  
Epilepsie  ja  nein  
Bluterkrankungen  ja  nein  
Blutgerinnungsstörungen  ja  nein  
Krankenhauskeim MRSA  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankungen  ja  nein  
Nierenfunktionsstörungen  ja  nein  
Herzinfarkt  ja  nein  
Schlaganfall  ja  nein  
Endokarditis (Herzklappenentzündung)  ja  nein  
Herzklappenersatz/-erkrankung/-defekt  ja  nein

### Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

- Bisphosphonate  ja  nein  
blutverdünnende Mittel (ASS, Eliquis, Xarelto, Marcumar)  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Sonstiges?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Allergien/Unverträglichkeiten

- Bestehen Allergien?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- Haben Sie einen Allergiepass?  ja  nein

### Allgemeine Angaben

- Besteht ein Pflegegrad?  ja  nein  
Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

- Wie ist Ihr Blutdruck? niedrig  normal  hoch

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

- Sind Sie stammzellen-/organtransplantiert?  ja  nein

- Haben Sie künstliche Gelenke?  ja  nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

- Liegt/Lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?  ja  nein

Unfalldatum: \_\_\_\_\_

- Haben/Hatten Sie eine Chemotherapie?  ja  nein

- Haben/Hatten Sie eine Strahlentherapie?  ja  nein

- Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat sind Sie? \_\_\_\_\_

- Rauchen Sie?  ja  nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

- Bestehen Suchtkrankheiten?  ja  nein

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

- Haben/Hatten Sie einen Tumor?  ja  nein

Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_

- Sonstige Angaben/andere Krankheiten?  ja  nein

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

- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  ja  nein

- Sind Sie mit Ihrer Zahnform zufrieden?  ja  nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mind. 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen ein Ausfallhonorar nach § 615 BGB in Rechnung zu stellen. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage. Der zu entrichtende Betrag beläuft sich je angefangene Stunde auf € 50,-. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/-r