

**Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis.**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
Zunächst erbitten wir uns neben Ihren Personalien auch Informationen über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Wir bitten, die folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten, damit wir Sie risikoarm und medizinisch bestmöglich behandeln können.



Dr. med. dent. Simone  
**BRUNZEL &**  
Dr. med. dent. Ulrich  
**KARWACIK**

PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

Implantologie  
Prothetik  
Parodontologie  
Prophylaxe

<b>Patient</b> Name, Vorname: _____	Geb.-Datum: _____
<b>Versicherter</b> Name, Vorname: _____	Geb.-Datum: _____
Anschrift: _____	Telefon: _____
Versichert bei: _____	Handy: _____
Beruf: _____	

	ja	nein
Ich komme durch Empfehlung von: _____		
Haben Sie Interesse an unserem Prophylaxe-Programm (professionelle Zahnreinigung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand (Anamnese)</b>		
Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name Hausarzt, Telefon: _____		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Bluten Sie lange nach einer Verletzung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja, welchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hatten Sie jemals:</b>		
eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente? (z.B. Penicillin, Jod etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, Heuschnupfen oder Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Herzerkrankungen, Kreislaufstörungen (z.B. niedriger oder hoher Blutdruck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatisches Fieber, Rheumatische Erkrankungen, Gelenkerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit). Wenn ja, HbA1c von: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektiöse Erkrankungen (TBC, Hepatitis, Aids, Geschlechtskrankung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden oder werden Ihnen Bisphosphonate verabreicht (z.B. bei Chemotherapie, Osteoporose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden oder werden Sie im Mund-, Kiefer-, Gesichts- oder Halsbereich bestrahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe zur Kenntnis genommen, dass durch Betäubungsspritzen die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt werden kann.	<input type="checkbox"/>	

Preetz, den _____	Unterschrift _____
-------------------	--------------------

**Hinweis für Privatpatienten**  
Die Berechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Die Erstattung durch Krankenversicherungen bzw. Beihilfestellen richtet sich nach Ihrem individuellen Versicherungsvertrag und den Beihilfevorschriften. Für den Fall, dass die Krankenversicherung oder Beihilfestelle die Kosten nicht oder nur teilweise erstattet, erklärt der Patient, die Kosten selbst zu tragen. Wir stellen Ihnen gerne einen Heil- und Kostenplan auf, wenn Sie sich vor der Behandlung dort über die Höhe der Erstattung informieren möchten. Falls Sie dies wünschen, sprechen Sie uns bitte an.

Preetz, den _____	Unterschrift Privatpatient/in _____
-------------------	-------------------------------------