



DR. MED. DENT.
CLAUDIA BÄR

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir für eine adäquate und risikofreie Behandlung auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. **Änderungen bitten wir uns mitzuteilen.**

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Versicherter (z.B. bei Kindern): _____ Geb.: _____

Str.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Tel. : _____ Mobil: _____ Fax: _____

E- Mail: _____ @ _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Tel. berufl. : _____

Versicherung: _____

GKV-pflichtversichert GKV-freiwillig versichert Privat Beihilfe

Ihr Hausarzt: _____

Auf wessen Empfehlung kommen Sie: _____

Ihr Hauptanliegen

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen

Eine Routinekontrolle

Professionelle Zahnreinigung

Welche zahnärztlichen Behandlungen sind Ihnen wichtig? _____

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Ihr persönliches Kariesrisiko

Professionelle Zahnreinigung

Amalgam-Entfernung/-Alternativen

Behandlung unter Hypnose

Ästhetische Zahnheilkunde

Aufhellen von Zähnen

Sonstiges: _____

Mundgeruch

Medizinische Vorgeschichte:

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

Herz-/Kreislauf

Bluthochdruck

Herzschrittmacher

Herzklappenfehler

Endocarditisrisiko

Angina Pectoris/Herzinfarkt/Herzoperation

- Infektiöse Erkrankungen Aids/HIV
 Hepatitis A/B/C
 Tuberkulose
- Allergien ich habe einen Allergiepass
 auf Lokalanästhetika (Spritzen)
 auf Antibiotika (z.B. Penicillin)
 auf Schmerzmittel
 auf Metalle
- Sonstiges Blutgerinnungsstörung
 Asthma/Lungenerkrankung
 Diabetes
 Schilddrüsenerkrankung
 Lebererkrankung
 Nierenerkrankung
 Epilepsie
 Migräne/Kopfschmerz/Nackenverspannung/Tinnitus
- Medikamente Marcumar / Gerinnungshemmer
 Bisphosphonate (bei Osteoporose oder Tumor)
 Andere Medikamente:

- Sind oder waren Sie drogenabhängig?
 Sind oder waren Sie alkoholabhängig?
 Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?
 Sind Sie schwanger? Monat: _____
 Rauchen Sie? Wieviel pro Tag? _____

Zahnmedizinische Vorgeschichte und Wünsche:

- Bemerken Sie Zahnfleischbluten?
 Haben Sie Probleme beim Kauen?
 Wurden in den letzten 6 Monaten Röntgenaufnahmen der Zähne gemacht?
 Wünschen Sie von uns eine Erinnerung an Ihren nächsten Termin?

Wichtige Hinweise: Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter Einfluss von Injektionen zur lokalen Betäubung, therapeutischen Injektionen und Medikamenten, die vor und während der Behandlung verabreicht werden für 4-6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann.

Weiterhin werde ich darauf hingewiesen, dass zu den vereinbarten Terminen Zeit für mich reserviert wird. Vereinbarte Termine sollen deswegen unbedingt eingehalten bzw. 48 Stunden vorher abgesagt werden. Nicht eingehaltene Termine müssen in Rechnung gestellt werden.

Müllheim, den _____

Unterschrift: _____