

Herzlich Willkommen in unserer Praxis,  
sie sind jetzt schon längerer Patient in unserer Praxis. Für das uns entgegengebrachte Vertrauen möchten wir uns bei Ihnen ganz herzlich bedanken. Unser Ziel ist es auch weiterhin Sie im Sinne unserer Praxisphilosophie zufrieden stellend zu betreuen.

Seit der letzten Anamnese ist einige Zeit vergangen. Um daher auch heute noch eine angemessene und risikofreie Behandlung durchführen zu können, benötigen wir aktuelle Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

#### Patient

(Herr / Frau)	Name	Vorname	Geburtsdatum / Geburtsort
---------------	------	---------	---------------------------

Straße / Hausnummer	Postleitzahl / Wohnort
---------------------	------------------------

Telefon dienstlich / privat	e-mail Adresse
-----------------------------	----------------

**bei Minderjährigen:** Erziehungsberechtigter: Mutter Vater Beide

#### Versicherter

(Herr / Frau)	Name	Vorname	Geburtsdatum / Geburtsort
---------------	------	---------	---------------------------

Straße / Hausnummer	Postleitzahl / Wohnort
---------------------	------------------------

Telefon dienstlich / privat	e-mail Adresse
-----------------------------	----------------

Name der Krankenkasse mit Geschäftsstelle oder Versicherung (nur bei privat versicherten Patienten)

Datum Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Sehr geehrter Patient,

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren. Setzen Sie uns über Ihre Verhinderung nicht rechtzeitig in Kenntnis, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Falle eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§ 615 / 280 BGB).

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Mit der Erfassung und Bearbeitung meiner Daten gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

#### Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um folgende Angaben

• Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	Ja Nein	Haben Sie Beschwerden beim Kauen?	Ja Nein
• Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?			
• Asthma (schwere Atemnot)	Ja Nein		
• Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen	Ja Nein	Ist oder sind Zähne temperaturempfindlich?	Ja Nein
• Unverträglichkeit von Medikamenten	Ja Nein		
Wenn ja, welche?			
• Besitzen Sie einen Allergiepass?	Ja Nein		
• Wie ist der Blutdruck? _____ niedrig normal hoch		Pressen oder Knirschen Sie mit Ihren Zähnen?	Ja Nein
• Herzinfarkt Schlaganfall Lähmungen, ggf. wann? _____	Nein		
• Gelbsucht Leberkrankheiten, ggf. wann? _____	Nein		
• Zuckerkrankheit (Diabetes)	Ja Nein	Haben Sie Kiefergelenksprobleme beim Öffnen oder ein Knacken?	Ja Nein
• Gelenkerkrankungen, wie Rheuma, PCP	Ja Nein		
• Schilddrüsenerkrankung	Ja Nein		
• Epileptiforme Anfälle	Ja Nein	Haben Sie eine Zahnlockerung- oder Wanderung beobachtet?	Ja Nein
• Leiden Sie unter Bluterkrankungen o. Blutgerinnungsstörungen?	Ja Nein		
• Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	Ja Nein		
• Wurde bei Ihnen ein AIdstest durchgeführt? Ggf., welches Ergebnis?	+ -	Leiden Sie unter schlechtem Geschmack oder Mundgeruch?	Ja Nein
• Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Ja Nein		
Wenn ja, welche?			
• Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____			
• Sonstige Hinweise/ Allergien		Empfinden Sie eine ästhetische Beeinträchtigung?	Ja Nein
• Wer ist Ihr Hausarzt / Facharzt?	Tel.: _____		
• (Frauen) Besteht eine Schwangerschaft? Ja, ____ Woche Nein			

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

Datum Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten