



Liebe Patientin, lieber Patient,

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten finden Sie in unserem Wartezimmer.

Ihre Dr. Konstanze Groß & Team

### Persönliches

---

Name, Vorname geb.

---

Straße, Hausnummer Postleitzahl/Ort

---

Telefon Handynummer

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers

---

Name, Vorname geb.

---

Straße, Hausnummer Postleitzahl/Ort

### Versicherung

---

Krankenkasse  
 Gesetzlich versichert       Privat versichert       Beihilfeberechtigt

Nicht versichert       Zusatzversicherung

Beruf oder Tätigkeit der Patientin, des Patienten

---

Beruf/Tätigkeit Arbeitgeber

## Allgemeine Gesundheit

|  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Hoher Blutdruck                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niedriger Blutdruck                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörung                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankungen<br>(z.B. Herzrhythmusstörung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie eine künstliche<br>Herzklappe?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie einen<br>Herzschriltmacher?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthma   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankungen                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden (Epilepsie)                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstige Erkrankungen?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergien gegenüber Medikamenten / Materialien:

\_\_\_\_\_

Name des Hausarztes / Kinderarztes?:

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

Ja Nein

Sind Sie schwanger?

Ja Nein

Wenn ja welche Woche: \_\_\_\_\_

Legen Sie Wert auf Behandlung unter örtlicher Betäubung?

Ja Nein

## Infektionskrankheiten

|             | Ja                       | Nein                     |
|-------------|--------------------------|--------------------------|
| HIV         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Nehmen Sie Medikamente  
ein?  
wenn ja, welche:

- Herzmedikamente: \_\_\_\_\_
- Cortison: \_\_\_\_\_
- Schmerzmittel: \_\_\_\_\_
- Antidepressiva: \_\_\_\_\_
- Bisphosphonate: \_\_\_\_\_
- Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Heparin): \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für **bis zu 24 Stunden** beeinträchtigt sein kann.



## Mundgesundheit

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- Vorsorgeuntersuchung                       Beratung                       Schmerzbehandlung  
 Interesse an einem neuen Zahnersatz                       Zweite Meinung  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

|  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen?<br>Zahnfleischrückgang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie an einem Prophylaxeprogramm interessiert?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Ihre Zahngesundheit liegt uns am Herzen!

Dürfen wir sie an Ihren Vorsorgetermin erinnern (Recall)?

- Ja     Nein

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur eine geringe Wartezeit. Jedoch können, nicht vorhergesehene Behandlungsmaßnahmen sowie Notfallpatienten (z.B. akute Schmerzen) dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall eingehalten werden können oder Sie mit Wartezeiten rechnen müssen. Dafür bitten wir Sie um Verständnis.

Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte spätestens 24 Stunden vorher ab.