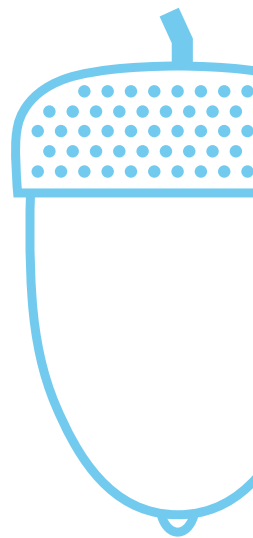


Herzlich Willkommen in unserer Praxis!
Um bestmöglich auf Ihre gesundheitlichen Bedürfnisse eingehen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung der nachfolgenden Fragen. Vielen Dank!



Persönliche Daten

.....
Anrede Name, Vorname Anschrift

.....
Telefonnummer / Mobilnummer Emailadresse

.....
Geburtsdatum Geburtsort Diese Angaben werden für das Röntgenbuch benötigt

Hauptversicherte Person

☐ wie persönliche Daten

.....
Name, Vorname falls andere Versichertendaten

.....
Anschrift

.....
Geburtsdatum

Versicherungsdaten

☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert

☐ private Zusatzversicherung

.....
Name private Zusatzversicherung

Rechnungsadresse

☐ wie persönliche Daten

☐ an Hauptversicherte Person

☐ andere Person

.....
Name, Vorname

.....
Anschrift

.....
Unterschrift Rechnungsempfänger

Erinnerung

Ich möchte an Termine erinnert werden

☐ ja ☐ nein

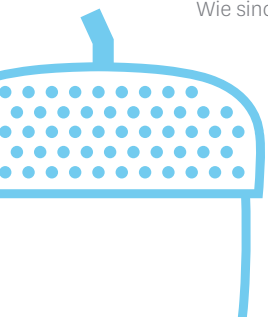
Diese Erinnerung wünsche ich

☐ per Mail ☐ per SMS

Bitte wenden



.....
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?



Dr. med. dent. Marc Eichhorn
Fachzahnarzt für Oralchirurgie

④ Hauptstraße 9, 73547 Lorch
📞 07172/7659 📠 07172/92 84 45

✉ info@zahnarzt-eichhorn.de
🌐 zahnarzt-eichhorn.de

Angaben zu Ihrer Zahngesundheit

Blutet Ihr Zahnfleisch?
☐ ja ☐ nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?
☐ ja ☐ nein

Sind Ihre Zähne gelockert?
☐ ja ☐ nein

Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk?
☐ ja ☐ nein

Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk?
☐ ja ☐ nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass?
☐ ja ☐ nein

Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung?
☐ ja ☐ nein

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?
☐ ja ☐ nein

Möchten Sie darüber eine Beratung?
☐ ja ☐ nein

Grund für Ihren Besuch

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung?
☐ ja ☐ nein

Sonstiger Grund:
.....

In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor?
.....

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Ihr Hausarzt, Name, Ort
.....

.....

Erkrankungen

Hoher Blutdruck
☐ ja ☐ nein

Niedriger Blutdruck
☐ ja ☐ nein

Herzklappenfehler
☐ ja ☐ nein

Herzklappenersatz
☐ ja ☐ nein

Herzschrittmacher
☐ ja ☐ nein

Endokarditis
☐ ja ☐ nein

Herzoperation
☐ ja ☐ nein

Hochgradige Neutropenie
☐ ja ☐ nein

Mukoviszidose-Erkrankung
☐ ja ☐ nein

Organtransplantation
☐ ja ☐ nein

Stammzellentransplantation
☐ ja ☐ nein

HIV-Infektion/AIDS Erkrankung
☐ ja ☐ nein

Lebererkrankung/Hepatitis
☐ ja ☐ nein

Tuberkulose
☐ ja ☐ nein

MRSA
☐ ja ☐ nein

Anfallsleiden (Epilepsie)
☐ ja ☐ nein

Asthma/Lungenerkrankung
☐ ja ☐ nein

Blutgerinnungsstörungen
☐ ja ☐ nein

Diabetes/Zuckerkrankheit
☐ ja ☐ nein

Drogenabhängigkeit
☐ ja ☐ nein

Nervenerkrankung
☐ ja ☐ nein

Nierenerkrankungen
☐ ja ☐ nein

Ohnmachtsanfälle
☐ ja ☐ nein

Osteoporose
☐ ja ☐ nein

Raucher:in
☐ ja ☐ nein

Rheuma/Arthritis
☐ ja ☐ nein

Schilddrüsenerkrankung
☐ ja ☐ nein

Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/
Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK)
☐ ja ☐ nein

Operationen

Wurden größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?
☐ ja ☐ nein

Wenn ja, was und wann
.....

.....

Bestehen Allergien bzw. Unverträglichkeiten gegen

Lokalanästhesie/Spritzen
☐ ja ☐ nein

Antibiotika
☐ ja ☐ nein

Schmerzmittel
☐ ja ☐ nein

Metalle
☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche
.....

Schwangerschaft

Besteht eine Schwangerschaft?
☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welcher Woche
.....

Einnahme von Medikamenten

Nehmen Sie Bisphosphonate?
☐ ja seit ☐ nein

Befinden Sie sich in medikamentöser Chemotherapie?
☐ ja seit ☐ nein

Befinden Sie sich in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?
☐ ja seit ☐ nein

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?
☐ ja seit ☐ nein

Weitere Medikamente, welche und seit wann
.....

.....

Sonstige Angaben zu Ihrer Gesundheit

.....

.....

.....

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

..... Ort Datum

.....

..... Unterschrift

