



# DR. INGELMANN ZAHNMEDIZINISCHES ZENTRUM

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung, weil sich Medikamente oder auch Krankheiten gegenseitig beeinflussen können. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dadurch entstehen für Sie keine Wartezeiten und wir können Sie in Ruhe, in der für Sie reservierten Zeit, behandeln. Sollten Sie jedoch einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte auf jeden Fall ab - wenn möglich 24 Stunden vorher.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

### Patientendaten

Name des Patienten: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Freiwillig versichert? **ja** [ ] **nein** [ ]  
Privat zahnärztlich zusatzversichert? **ja** [ ] **nein** [ ]  
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [ ] **nein** [ ]  
Liegt ein Pflegegrad vor? \_\_\_\_\_

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Standardtarif? **ja** [ ] **nein** [ ]  
Basistarif? **ja** [ ] **nein** [ ]  
Studentisch versichert? **ja** [ ] **nein** [ ]  
Beihilfeberechtigt? **ja** [ ] **nein** [ ]

Telefon: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
Telefon Büro: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_

### Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? \_\_\_\_\_  
Versicherter: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge,  
um erneute Erkrankungen zu vermeiden? **ja** [ ] **nein** [ ]

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert  
werden? [ ] **telefonisch** [ ] **schriftlich**  
[ ] **per E-Mail**

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.



Patient: \_\_\_\_\_

Seite 1

### HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung, weil sich Medikamente oder auch Krankheiten gegenseitig beeinflussen können. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dadurch entstehen für Sie keine Wartezeiten und wir können Sie in Ruhe, in der für Sie reservierten Zeit, behandeln. Sollten Sie jedoch einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte auf jeden Fall ab - wenn möglich 24 Stunden vorher.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

#### Ihr persönlicher Gesundheitscheck

|   |        |          |
|---|--------|----------|
| Herz- / Kreislaufkrankung               | ja [ ] | nein [ ] |
| Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen | ja [ ] | nein [ ] |
| Hoher Blutdruck                         | ja [ ] | nein [ ] |
| Niedriger Blutdruck                     | ja [ ] | nein [ ] |
| Sind Sie HIV positiv?                   | ja [ ] | nein [ ] |
| Marcumar / Gerinnungshemmer             | ja [ ] | nein [ ] |
| Blutungsneigung / Bluterkrankung        | ja [ ] | nein [ ] |
| Rheuma                                  | ja [ ] | nein [ ] |
| Diabetes                                | ja [ ] | nein [ ] |
| Schilddrüsenerkrankung                  | ja [ ] | nein [ ] |
| Lebererkrankung (Hepatitis)             | ja [ ] | nein [ ] |
| Magen- / Darm- oder Nierenerkrankung    | ja [ ] | nein [ ] |
| Nierenerkrankung                        | ja [ ] | nein [ ] |
| Lungenerkrankung / Asthma               | ja [ ] | nein [ ] |
| Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen        | ja [ ] | nein [ ] |
| Epilepsie                               | ja [ ] | nein [ ] |
| Haben/hatten Sie eine MRSA-Infektion?   | ja [ ] | nein [ ] |
| Allergien                               | ja [ ] | nein [ ] |

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

\_\_\_\_\_

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, bei welchen?

\_\_\_\_\_

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja [ ] nein [ ]

Wurden Sie innerhalb des letzten Jahres geröntgt? ja [ ] nein [ ]



**Patient:** \_\_\_\_\_

Seite 2

**Grund Ihres Besuchs**

|                                   |        |          |
|-----------------------------------|--------|----------|
| Kontrolluntersuchung              | ja [ ] | nein [ ] |
| Zahnschmerzen                     | ja [ ] | nein [ ] |
| Zahnfleischbluten                 | ja [ ] | nein [ ] |
| Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen | ja [ ] | nein [ ] |
| Kiefergelenksbeschwerden          | ja [ ] | nein [ ] |
| Knirschen                         | ja [ ] | nein [ ] |
| Mundgeruch                        | ja [ ] | nein [ ] |
| Sonstiges                         |        |          |

---

---

**Sie sind uns wichtig**

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

---

|  |        |          |
|--|--------|----------|
| Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen | ja [ ] | nein [ ] |
| Starker Würgereiz                      | ja [ ] | nein [ ] |

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

---

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

---

**Beratungswunsch**

|                                       |        |          |
|---------------------------------------|--------|----------|
| Professionelle Zahnreinigung          | ja [ ] | nein [ ] |
| Weißer Zähne (Bleaching)              | ja [ ] | nein [ ] |
| Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln | ja [ ] | nein [ ] |
| Zahnfarbene Keramikfüllungen          | ja [ ] | nein [ ] |
| Ernährungsfragen                      | ja [ ] | nein [ ] |
| Laserbehandlung                       | ja [ ] | nein [ ] |
| Implantate / Implantatversorgung      | ja [ ] | nein [ ] |
| Sonstiges                             |        |          |

---

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum Unterschrift \_\_\_\_\_