

**Herzlich Willkommen!**

Pat. Nr. \_\_\_\_\_

**Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst gewissenhaft aus, damit wir Ihnen optimal helfen können. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.**

Patient: Frau / Herr

\_\_\_\_\_  
Name Vorname Geb.datum

Mitglied / Versicherter

\_\_\_\_\_  
Name Vorname Geb.datum

Anschrift

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer Postleitzahl Ort

Kontaktdaten

\_\_\_\_\_  
Telefon privat Telefon dienstlich mobil

Beruf / Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Beruf Arbeitgeber Ort

Krankenkasse / Versicherung

\_\_\_\_\_

- ( ) Freiwillig versichert? ( ) Beihilfeberechtigt?  
( ) Zusatzversicherung? ( ) Basistarif in einer privaten Krankenversicherung?

( ) Sind wir empfohlen worden? ggf. durch wen? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie sonst auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

**Fragen zu bestehenden oder früheren Erkrankungen** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

( ) Sind Sie z. Zt. In ärztlicher Behandlung? Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

( ) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten**

- Hepatitis  A  B  C
- HIV/AIDS
- TBC
- MRSA
- Allergien: \_\_\_\_\_
- Zuckerkrankheit (Diabetes  Typ 1 /  Typ 2)
- Bluten Sie lange bei Verletzungen?
- Marcumar, ASS
- Herzschrittmacher
- Herzerkrankungen, Kreislaufstörungen
- Asthma
- Schlaganfall
- Blutdruck
  - hoch  niedrig
- Magen-, Darm-, Nierenerkrankung
- Schilddrüsenerkrankungen
- Zahnfleischbluten
- Zähne gelockert
- Kiefergelenkschmerzen
- Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht)
- Beschwerden des Bewegungsapparates
- Rheumatische oder Gelenkerkrankungen
- Migräne
- aktuelle Schwangerschaft

( ) Treten oder traten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

( ) Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten/Tag? \_\_\_\_\_

**Bitte wenden!**

**Recall:** Ich möchte in fest vereinbarten Zeiträumen von der Praxis benachrichtigt werden, um einen Termin für meine Vorsorgeuntersuchung und/oder medizinische Zahnreinigung (PZR) zu vereinbaren.

<input type="checkbox"/> Benachrichtigung <b>ja:</b>	<input type="checkbox"/> per Post oder <input type="checkbox"/> per Email <input type="checkbox"/> ½ jährlich oder <input type="checkbox"/> 1x im Jahr	Email _____
<input type="checkbox"/> Benachrichtigung <b>nein</b>		

**Was ist Ihnen wichtig?**

**Wichtige Hinweise:**

**Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr**

Unter Einfluss von Injektionen zur lokalen Betäubung, therapeutischen Injektionen und Medikamenten, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, kann diese für 4-6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein.

**Vereinbarte Termine**

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, benachrichtigen Sie uns bitte **24 Stunden** vorher, andernfalls wird gemäß §615 BGB der Ausfallschaden in Rechnung gestellt.

**Behandlung unter Lokalanästhesie**

Bei Behandlungen in Lokalanästhesie können trotz aller Sorgfalt Störungen oder Komplikationen auftreten. Diese sind im beiliegenden Aufklärungsformular zusammengestellt.

\* \* \*

*Das Aufklärungsformular zur Lokalanästhesie habe ich gelesen, verstanden und habe eingewilligt. Alle Fragen wurden beantwortet und mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung bis zum Beginn der Behandlung widerrufen kann.*

**Mir wurde ein Exemplar der Aufklärung zur Lokalanästhesie ausgehändigt.**

**Ich habe alle Fragen und Angaben verstanden und nach meinem besten Wissen beantwortet.**

**Regensburg, den** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patient/in ggfs. gesetzlicher Vertreter/in**