

# Zahnarztpraxis

Dr. Karl-Heinz Deisenhofer MSc

Master of Science Kieferorthopädie  
Höllweg 1 - 86477 Adelsried - Tel. 08294-1713 Fax 5113672

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen 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. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patientendaten

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

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

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert **ja** [ ] **nein** [ ]  
Freiwillig versichert **ja** [ ] **nein** [ ]  
Haben Sie eine private Zusatzversicherung **ja** [ ] **nein** [ ]  
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [ ] **nein** [ ]

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 diese von den Patientendaten abweichen)

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

### Weitere Angaben

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Anschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

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 SMS** [ ] **per E-Mail**

An welchen Wochentagen zu welcher Zeit möchten Sie am liebsten behandelt werden?

Wochentag: 1. \_\_\_\_\_ Zeit: 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

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.

# Zahnarztpraxis

Dr. Karl-Heinz Deisenhofer MSc

Master of Science Kieferorthopädie  
Höllweg 1 - 86477 Adelsried - Tel. 08294-1713 Fax 5113672

---

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

Seite 1

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen 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. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja [ ]	nein [ ]
Hoher Blutdruck	ja [ ]	nein [ ]
Niedriger Blutdruck	ja [ ]	nein [ ]
Ohnmachtsneigung	ja [ ]	nein [ ]
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja [ ]	nein [ ]
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Rheuma	ja [ ]	nein [ ]
Diabetes	ja [ ]	nein [ ]
Schilddrüsenerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja [ ]	nein [ ]
Magen- / Darmerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Nierenerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Lungenerkrankung / Asthma	ja [ ]	nein [ ]
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja [ ]	nein [ ]
Epilepsie	ja [ ]	nein [ ]
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?	ja [ ]	nein [ ]

Wenn ja, welche?

---

Allergien ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche?

---

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

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

Wenn ja, bei welchen?

---

Sind Sie Raucher? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

---

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

Wenn ja, in welchem Monat?

---

### Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung ja [ ] nein [ ]

# Zahnarztpraxis

Dr. Karl-Heinz Deisenhofer MSc

Master of Science Kieferorthopädie

Höllweg 1 - 86477 Adelsried - Tel. 08294-1713 Fax 5113672

---

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

Zahnschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Zahnfleischbluten	ja [ ]	nein [ ]
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Kiefergelenkbeschwerden	ja [ ]	nein [ ]
Knirschen	ja [ ]	nein [ ]
Mundgeruch	ja [ ]	nein [ ]
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	ja [ ]	nein [ ]
Sonstiges		

---

**Sie sind uns wichtig**

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

---

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja [ ]	nein [ ]
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja [ ]	nein [ ]
Starker Würgereiz	ja [ ]	nein [ ]
Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?		

---

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

---

**Beratungswunsch**

Professionelle Zahnreinigung	ja [ ]	nein [ ]
Weißer Zähne (Bleaching)	ja [ ]	nein [ ]
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja [ ]	nein [ ]
Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja [ ]	nein [ ]
Kieferorthopädische Behandlung	ja [ ]	nein [ ]
Austestung verträgl. Füllungsmaterialien	ja [ ]	nein [ ]
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	ja [ ]	nein [ ]
Ernährungsfragen	ja [ ]	nein [ ]
Laserbehandlung	ja [ ]	nein [ ]
Hypnosebehandlung	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 01.03.2017 Unterschrift \_\_\_\_\_