



**DR. OLAF OBERBECKMANN &
DR. KARIN TIETZE**
Zahnarztpraxis

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. **Bitte drucken Sie das Formular aus und bringen es zum ersten Termin mit!**

Name der Patientin/des Patienten:

geb. am:

Geburtsort:

Anschrift:

Telefon: Fax: Mobil:

Telefon Büro: E-Mail Adresse:

Beruf: Arbeitgeber:

Anschrift des Arbeitgebers:

Name der Krankenkasse:

Nur für gesetzlich versicherte Patientinnen/Patienten:

Pflichtversichert? ☐ yes ☐ no

Freiwillig versichert? ☐ yes ☐ no

Privat zahnärztlich zusatzversichert? ☐ yes ☐ no

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? ☐ yes ☐ no

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten?

Versicherter: geb. am:

Anschrift:

Weitere Angaben

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden? ☐ yes ☐ no

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

☐ telefonisch ☐ schriftlich ☐ per SMS ☐ E-Mail

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

Wochentag: Zeitraum:

1. 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.



Name der Patientin/des Patienten:

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	☐ yes	☐ no	Diabetes	☐ yes	☐ no
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	☐ yes	☐ no	Schilddrüsenerkrankung	☐ yes	☐ no
Hoher Blutdruck	☐ yes	☐ no	Lebererkrankung (Hepatitis)	☐ yes	☐ no
Niedriger Blutdruck	☐ yes	☐ no	Magen- / Darmerkrankung	☐ yes	☐ no
Ohnmachtsneigung	☐ yes	☐ no	Nierenerkrankung	☐ yes	☐ no
Marcumar / Gerinnungshemmer	☐ yes	☐ no	Lungenerkrankung / Asthma	☐ yes	☐ no
Blutungsneigung / Bluterkrankung	☐ yes	☐ no	Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	☐ yes	☐ no
Rheuma	☐ yes	☐ no	Epilepsie	☐ yes	☐ no

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? ☐ yes ☐ no

Wenn yes, welche?

Allergien ☐ yes ☐ no

Wenn yes, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ☐ yes ☐ no

Wenn yes, bei welchen?

Sind Sie Raucher? ☐ yes ☐ no

Wenn yes, wieviele Zigaretten täglich?

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ☐ yes ☐ no

Wenn yes, in welchem Monat?

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung ☐ yes ☐ no

Weitere Beschwerden/Wünsche: