



Philip Kummerer

Dr. med.dent. | Zahnarzt

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Damit wir Sie Ihren Wünschen entsprechend sicher beraten und behandeln können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
E-Mail _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____

WENN SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED SIND, WER IST VERSICHERTER?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
E-Mail _____

KRANKENKASSE Name _____

Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse zusatzversichert
 Anspruch auf Beihilfe Basistarif (1,8fach)

WELCHE DER AUFGEFÜHRTEN ZAHNMEDIZINISCH RELEVANTEN ERSCHEINUNGEN TREFFEN AUF SIE ZU?

überempfindliche Zähne Zähneknirschen Zahnschmerzen Zahnfleischbluten
 Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken Zahnverfärbungen Mundgeruch Zahnlockerungen
 häufige Kopfschmerzen / Migräne Sonstiges _____

WECHSELWIRKUNGEN VON MEDIKAMENTEN / AKUTE ERKRANKUNGEN

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (z.B. auch gerinnungshemmende Medikamente, sogenannte Blutverdünner, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? _____

Nehmen Sie Bisphosphate ein (z.B. bei Osteoporose, Tumorerkrankungen)? nein ja

ALLERGIEN

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? nein ja Wenn ja, welche? _____

Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? nein ja Haben Sie Asthma? nein ja

HERZ- UND KREISLAUFERKRANKUNGEN

Herzschwäche (Insuffizienz) nein ja Herzklappenersatz/Herzfehler nein ja
Unregelmäßiger Herzschlag nein ja Hoher Blutdruck nein ja
Herzasthma, Angina Pectoris nein ja Niedriger Blutdruck nein ja
Herzschrittmacher nein ja Herzinfarkt nein ja
Sonstiges _____

LEBER- UND STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Lebererkrankung nein ja Schilddrüsenerkrankung nein ja
Zuckerkrankheit (Diabetes) nein ja Sonstiges _____

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Leberentzündung (Hepatitis A / B / ...) nein ja Tuberkulose nein ja
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? nein ja
Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? nein ja
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

BLUTERKRANKUNG

Blutungsneigung (Hämophilie) nein ja
Sonstiges? _____

Blutarmut (Anämie) nein ja

ERKRANKUNG DES NERVENSYSTEMS

Epileptische Anfälle nein ja
Psychosomatische Erkrankungen nein ja
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? nein ja

Krämpfe nein ja
Ohnmachtsanfälle nein ja
Sonstiges? _____

MAGEN- / DARMERKRANKUNGEN

Erkrankter Magen- und Darmtrakt nein ja

NIERENERKRANKUNGEN

Erkrankte Niere nein ja

TUMORERKRANKUNGEN

z.B. Bisphosphonat-Therapie nein ja

SCHWANGERSCHAFT

Wenn ja, in welchem Monat? _____

DROGEN

Drogenabhängigkeit nein ja
Nikotinabhängigkeit nein ja

Alkoholabhängigkeit nein ja

ESS-STÖRUNGEN

Bulimie (Ess-Brechsucht) nein ja
Sonstige Ess-Störungen _____

RÖNTGEN

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-
Kiefer-Zahnbereich geröntgt? nein ja

AUGENERKRANKUNGEN

Leiden Sie unter einem Glaukom / Grüner Star? nein ja

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? nein ja

Hausarzt _____

Facharzt _____

Straße / Nr. _____

Straße / Nr. _____

Postleitzahl / Ort _____

Postleitzahl / Ort _____

Telefon _____

Telefon _____

IHRE WÜNSCHE SIND UNS WICHTIG ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Zahnbehandlung _____
Grund Ihres Besuches? _____

Worauf legen Sie besonderen Wert? _____

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch besonders vermisst? _____

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? nein ja

MÖCHTEN SIE VON UNS REGELMÄSSIG AN IHRE KONTROLLTERMINE ERINNERT WERDEN? ja nein

Wenn ja, dann ... per E-Mail per SMS per Post

SIE SIND AN EINER BERATUNG ZU FOLGENDEN THEMEN INTERESSIERT:

Professionelle Zahnreinigung Zahnersatz Implantologie Parodontitisbehandlung

individuelles Prophylaxeprogramm Zahnästhetik Amalgamsanierung Wurzelbehandlung

6 bis 18 Jahre Sonstiges _____

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Internet auf Empfehlung von _____ andere Quelle _____

Diese Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zum
Datenschutz nach Artikel 13 EU-DSGVO halten wir zur Einsicht in unserer Praxis oder auf unserer Website bereit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum _____ Unterschrift _____

Wir möchten, dass Sie ohne Angst zum Zahnarzt gehen, weil Sie wissen, was Sie erwartet. Deshalb geben wir Ihnen Gelegenheit, sich umfassend zu informieren – über unsere Praxis und unser Behandlungskonzept und über Zähne und Zahngesundheit ganz allgemein unter

WWW.ZAHNARZTPRAXIS-KUMMERER.DE