

# Zahnärztliche Praxis

Mohsen Hosseindjani  
Zahnarzt



## Wir wollen Sie besser kennenlernen,

um unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand und Ihren individuellen Wünschen optimal anzupassen, bitten wir Sie zu diesem Zweck möglichst alle Fragen zu Ende zu beantworten, da viele Krankheiten Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können.

Wenn etwas unklar sein sollte, sprechen Sie uns einfach an!

### Patient:

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Straße/Hausnr. : .....

PLZ/Ort: ..... Telefon Privat: .....

Telefon Mobil: ..... Telefon Arbeit : .....

Email: ..... Beruf: .....

Arbeitgeber/Adresse: .....

### Versicherter: (nur wenn anders als oben)

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Straße/Haus-Nr. : .....

PLZ/Ort: .....

Telefon Privat: ..... Telefon Mobil: .....

### Name der gesetzlichen Krankenkasse oder private Versicherung:

Haben Sie eine private Zusatzversicherung?

Ja, bei:

.....

Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Ja, bei: .....

Nein

**Bitte wenden**

## Checkliste zum aktuellen Gesundheitszustand

Name Ihres Hausarztes: .....

Sind/ waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?       Ja       Nein

Wenn ja, weswegen? .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?       Ja       Nein

Wenn ja, welche? .....

### **Herzerkrankungen:**

Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)     Herzklappenfehler (künstliche Herzklappen)

Herzinfarkt     zu hoher     zu niedriger Blutdruck

**Bluterkrankungen:**     Blutungsneigung     Gerinnungsstörung/Blutverdünnung

**Allergien:**     ja     nein

Wenn ja, welche: .....

**Asthma:**     ja     nein

**Diabetes (Zuckererkrankung):**     ja     nein

**Infektionskrankheiten:**     Hepatitis B/C     HIV     TBC

**Nierenerkrankungen:**     ja     nein

**Sonstige Erkrankungen:**

.....

**Besteht eine Schwangerschaft:**     ja     nein

**Was ist Ihr aktuelles Zahnproblem?**

starke Zahnschmerzen     verlorene Füllung

Wunsch nach neuem Zahnersatz oder Zahnfüllung     Ästhetisches Problem

Routineuntersuchung

---

**Wir legen höchsten Wert auf ein hohes Datenschutzniveau, auf den vertraulichen Umgang mit Ihren Daten und setzen auch die Anforderungen des Datenschutzrechts (SGVO) um.**

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der angegebenen Daten und stimme zu, dass meine behandlungsrelevanten Daten zur Kommunikation mit Kieferchirurgen, Apotheken, Dentallaboren und Abrechnungsstellen verwendet dürfen.**

**Alle Ihre Angaben unterliegen streng der ärztlichen Schweigepflicht.**

**Datum:** .....      **Unterschrift – Patient:** .....

**Unterschrift – Zahnarzt:** .....