



PRAXISKLINIK FÜR ZAHNMEDIZIN

ALTE SCHMIEDE

Dr. Thomas Schneider
Dr. Christine Drechsler
und Kollegen
Am Färberturm 12
D-86153 Augsburg

Telefon: 0049 821 450 956 50
info@praxisklinik-althesmiede.de
www.praxisklinik-althesmiede.de

Datum: _____

Herr () Frau () Knabe () Mädchen ()	Vater / Mutter Vormund / Beistand
Nachname:	Nachname:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum: Tag: Monat: Jahr:	Geburtsdatum: Tag: Monat: Jahr:
Geburtsort:	Beruf:
Beruf:	Strasse:
Strasse:	PLZ:
PLZ:	Wohnort:
Wohnort:	Telefon:
Telefon privat:	Versicherung: gesetzlich () / privat ()
Telefon geschäftlich:	Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden? () Internet () Empfehlung von: () Sonstige:
Mobiltelefon:	
E-Mail:	
Name und Ort Ihres Hausarztes:	
Ist ein Bonusheft vorhanden? () Ja () Nein	Ist ein Röntgenpass vorhanden? () Ja () Nein
Versicherung: gesetzlich () / privat ()	Name der Versicherung:
Zusatzversicherung vorhanden? () Ja () Nein	GoDentis versichert? () Ja () Nein

Hiermit willige ich ein, dass Hr./Fr. _____, geb. am _____, wohnhaft in _____ für mich Termine vereinbaren und Patientenanliegen klären darf.

Telefonnummer für Notfälle: _____

Überwiesen von: _____

Hauptbeschwerden (seit wann? / wo? / wurden die Beschwerden schon behandelt?):

Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand

Gewisse Allgemeinerkrankungen bedingen Vorsichtsmaßnahmen bei der zahnärztlichen Behandlung. Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Nur für Kinder und jugendliche Patienten:	Ja	Nein
a. Wurde gegen Starrkrampf (Tetanus) geimpft? Wenn ja, wann?	()	()
b. Hat das Kind je einen Zahnunfall gehabt oder einen Schlag auf die Zähne bekommen?	()	()
c. Hatte das Kind besondere Angewohnheiten wie () Schnullerlutschen, () Fingerlutschen, () Lippenbeissen, () Fingernägelkauen? Bitte ankreuzen.	()	()
d. War das Kind in logopädischer Behandlung?	()	()
e. Wurde beim Kind eine Zahnregulierung begonnen oder durchgeführt?	()	()
f. Spielt das Kind ein Blasinstrument? Wenn ja, welches?	()	()

Nur für Frauen:	Ja	Nein
I. Sind Sie gegenwärtig schwanger?	()	()
II. Nehmen Sie die Antibabypille?	()	()

BITTE WENDEN

Allgemeine medizinische Angaben zur Patientin / zum Patienten	Ja	Nein
1. Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	()	()
2. Hatten Sie je ungewöhnliche Reaktionen (Allergie etc.) auf Spritzen, Medikamente oder zahnärztliche Materialien? Welche? _____	()	()
3. Haben Sie einen ärztlichen Ausweis / Pass oder Medikamentenpass? (antibiotische Abschirmung, Blutverdünnung, Transplantate, Gelenkersatz, Herzschrittmacher)?	()	()
4. Wurden Sie im Laufe des letzten Jahres durch einen Arzt untersucht?	()	()
5. Waren Sie schwer krank und / oder stationär im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb: _____	()	()
6. Haben Sie im Verlauf eines Jahres eine Veränderung im Allgemeinen bemerkt?	()	()
7. Haben Sie kürzlich OHNE eine Diät Gewicht verloren?	()	()
8. Bluten Sie leicht oder lange wenn Sie sich schneiden?	()	()
9. Bekommen Sie leicht blaue Flecken, wenn Sie sich anstoßen?	()	()
10. Haben Sie künstliche Gelenke (), oder transplantierte Organe ()? _____	()	()
11. Wurden Sie im Gesichtsbereich je operiert () oder bestrahlt ()?	()	()
12. Hatten Sie je einen Unfall im Bereich des Gesichtes oder des Kiefers?	()	()
13. Leiden Sie momentan, oder litten Sie je an folgenden Erkrankungen?	Ja	Nein
a) Asthma	()	()
b) Atemnot bei leichten Anstrengungen (Treppensteigen)	()	()
c) Diabetes oder Zuckerkrankheit	()	()
d) epileptische Anfälle	()	()
e) Gelenkbeschwerden	()	()
f) Hautausschlag	()	()
g) Herzerkrankungen - Wenn Ja Welche?	()	()
h) hoher/niedriger Blutdruck	()	()
i) Infektionen (Tuberkulose, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, HIV / AIDS)	()	()
j) Osteoporose	()	()
k) seelisches Leiden	()	()
l) Tumorerkrankung	()	()
m) andere:	()	()
14. Fallen Sie leicht in Ohnmacht?	()	()
15. Leiden Sie häufig an Magenschmerzen / Verdauungsstörungen?		
16. Erbrechen Sie häufig oder regelmäßig?	()	()
17. Sind Sie Mundatmer oder Schnarcher?	()	()
18. Rauchen Sie? Wenn Ja wie viele pro Tag? _____ Seit wie vielen Jahren? _____	()	()
19. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn Ja wie viel?	()	()
20. Konsumieren Sie regelmäßig leichte oder harte Drogen? Wenn Ja, welche?	()	()

Bei Terminverhinderung bitte 24 Stunden im Voraus Bescheid geben, da Termine NUR FÜR SIE reserviert sind und ein ausgefallener Termin unter Umständen in Rechnung gestellt werden muss!

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit aller Angaben.

Datum: _____ Ort: _____ Unterschrift: **X**

Arztgeheimnis, Datenschutz, Rechtliches	Unterschrift
- Hiermit gebe ich mein Einverständnis zur Vorsorge, Terminvereinbarung und Patienteninformation in regelmäßigen Abständen kontaktiert zu werden.	X
- Im Falle einer ärztlichen Überweisung darf die Praxisklinik Alte Schmiede (PKAS) dem zugewiesenen Arzt alle Daten übermitteln, die die PKAS für diesen Zweck als geeignet notwendig erachtet.	X
- Meine Röntgenbilder, Fotos, Befunde und Daten zum Behandlungsablauf sowie allfällig gezogene Zähne oder andere entnommene Proben dürfen für Forschungs-, Publikations-, Lehrzwecke verwendet werden, sofern sie anonymisiert sind und keine Rückschlüsse auf meine Person erlauben. - Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen kann.	X