

# ARNOLD RÖHRIG

TELEFAX: (0661) 48139

CHATTENSTRASSE 26, 36043 FULDA, TELEFON: (0661) 42424

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Seite 1

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** [ ]  
Privat zahnärztlich zusatzversichert? **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** [ ] **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.

# ARNOLD RÖHRIG

TELEFAX: (0661) 48139

CHATTENSTRASSE 26, 36043 FULDA, TELEFON: (0661) 42424

---

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

Seite 2

## 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 [ ]

# ARNOLD RÖHRIG

TELEFAX: (0661) 48139

CHATTENSTRASSE 26, 36043 FULDA, TELEFON: (0661) 42424

---

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

Seite 3

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.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Verarbeitung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_