



DR. MED. DENT. MELANIE ZICK  
ZAHNÄRZTIN

TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT NATURHEILKUNDE

### Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Patient \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
Straße/ Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_  
Privat \_\_\_\_\_ Geschäftl. \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse oder Versicherung: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

beihilfeberechtigt

Familienversichert

Arbeitgeber/ Beruf: \_\_\_\_\_

**Für Kassenpatienten:** Wir benötigen Ihre Versicherungskarte bei jedem Praxisbesuch. Liegt uns diese auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Zahnersatzversorgung zufrieden? ..... Ja  Nein

Wünschen Sie an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden? ..... Ja  Nein

Per: Post  E-Mail  SMS  Anruf  (Mehrfachnennungen möglich)

Wünschen Sie weitere Informationen über:

unser intensives Prophylaxeprogramm ..... Ja  Nein

sogenannte alternative Behandlungsmethoden

(Akupunktur, Kinesiologie, Homöopathie, Bioresonanz ...) ..... Ja  Nein

Implantatversorgung ..... Ja  Nein

Ästhetische Zahnkorrekturen ..... Ja  Nein

weiteres: \_\_\_\_\_

*Wir sind immer bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mind. 24. Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine, auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit akuten Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen- dadurch kann es manchmal zu Verzögerungen kommen.*

**→ Bitte wenden!**

**Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie weiterhin um folgende Angaben:**

- Ärztl. Behandlung:** Sind Sie z.Z. in ärztlicher Behandlung? Ja  Nein   
Wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_
- Hausarzt/Facharzt** \_\_\_\_\_ Ja  Nein   
Name / Anschrift / Tel. \_\_\_\_\_
- Medikamente:** Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder zur Zeit ein?  
\_\_\_\_\_
- Allergien:** Haben Sie Allergien oder Überempfindlichkeiten?..... Ja  Nein   
Wenn ja, gegen welche Materialien, Medikamente ,etc.? \_\_\_\_\_  
Besitzen Sie einen Allergiepass? ..... Ja  Nein   
Allergisches Asthma? ..... Ja  Nein
- Herz-/Kreislauf-  
erkrankungen:** Hoher/niedriger Blutdruck ? ..... Ja  Nein   
Hatten Sie einen Herzinfarkt? ..... Ja  Nein   
Haben Sie Herzschrittmacher/Herzklappenersatz/Stents ..... Ja  Nein   
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?..... Ja  Nein
- Vegetative  
Erkrankungen:** Ohnmachtsanfälle?..... Ja  Nein   
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ..... Ja  Nein
- Stoffwechsel-  
erkrankungen:** Zuckerkrankheit (Diabetes)? ..... Ja  Nein   
Magen- Darmerkrankungen? ..... Ja  Nein   
Schilddrüsenerkrankung? ..... Ja  Nein
- Bluterkrankungen:** Blutungsneigung (Hämophilie)? ..... Ja  Nein
- Augenerkrankungen:** Grüner Star/Grauer Star/Glaukom ? ..... Ja  Nein
- Erkrankungen des  
Nervensystems:** Epileptische Anfälle? ..... Ja  Nein
- Infektionserkrankungen:** Leberentzündung (Gelbsucht/ Hepatitis A, B, C, )? ..... Ja  Nein   
Tuberkulose? ..... Ja  Nein   
Aids/ HIV? ..... Ja  Nein
- Knochenveränderungen:** Osteoporose, Knochentumore ? ..... Ja  Nein   
Haben/hatten Sie eine Bisphosphonattherapie? ..... Ja  Nein   
Sind oder waren Sie in Orthopädischer Behandlung? ..... Ja  Nein
- Weitere Angaben :** Sind/Waren Sie drogen- oder alkoholabhängig? ..... Ja  Nein   
Haben/hatten Sie andere hier nicht aufgeführte Erkrankungen?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Schwangerschaft:** Wenn ja, in welchem Monat ? \_\_\_\_\_ Ja  Nein
- Röntgen:** Wurden Sie im letzten Jahr in einer anderen Praxis im  
Kopf-Kieferbereich geröntgt?..... Ja  Nein

*Sollten sich die Angaben verändern, teilen Sie uns dies bitte unaufgefordert vor Behandlungsbeginn mit! Bitte beachten Sie, dass nach lokaler Betäubung und Einnahme von Schmerzmitteln das Reaktionsvermögen verändert ist und die aktive Teilnahme am Straßenverkehr beeinträchtigt.*

**Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der obigen Angaben:**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_