



Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Bitte teilen Sie uns zukünftige Änderungen umgehend mit. Dies ist wichtig für eine optimale Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Patient:

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum und -ort
_____	_____	_____
Straße	PLZ und Ort	E-Mail
_____	_____	_____
Telefon	Fax	Mobiltelefon
_____	_____	_____
Beruf	Arbeitgeber	Telefon

Versicherung		
privat versichert <input type="checkbox"/>	gesetzlich versichert <input type="checkbox"/>	freiwillig versichert <input type="checkbox"/>

Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied:

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße	PLZ und Ort	Telefon
_____	_____	
Beruf	Arbeitgeber	

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Für gesetzlich Krankenversicherte:

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung? _____ ja nein

Wir setzen uns immer für die optimale Behandlung eines jeden unserer Patienten ein. Manche Versicherungen übernehmen die Kosten für einige Behandlungsmethoden und Materialien nicht oder nur teilweise. Wir informieren Sie rechtzeitig über Umfang und Kosten der Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Versicherung übernommen werden.

Für privat Krankenversicherte:

Sind Sie beihilfeberechtigt? _____

Aufgrund der Vielfalt an Tarifen und Erstattungsmodalitäten können wir eine vollständige Übernahme Ihrer Behandlungskosten durch Ihre private Versicherung nicht immer garantieren.

Was ist der Grund für Ihren Zahnarztbesuch? _____

- | | |
|---|--|
| Kontrolluntersuchung <input type="checkbox"/> | Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang <input type="checkbox"/> |
| Zahnschmerzen <input type="checkbox"/> | Professionelle Zahnreinigung <input type="checkbox"/> |
| Beratung <input type="checkbox"/> | Kiefergelenksbeschwerden/Knirschen <input type="checkbox"/> |
| Implantate <input type="checkbox"/> | Bleaching/Zahnaufhellung <input type="checkbox"/> |

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

Sind aktuelle Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne vorhanden? ja nein

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein Weshalb? _____

Hausarzt _____ Ort _____ Telefon _____

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? _____ Welcher Monat? _____

Haben Sie je Medikamente aus der Gruppe der **Bisphosphonate** (z.B. Zometa, Bondronat, Lodronat, Aredia, Fosavance, Fosamax etc.) eingenommen? ja nein

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

Herz-/Kreislaufferkrankungen:

Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	Zustand nach Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>
Zustand nach Herzinfarkt * Bitte legen Sie Ihren Herzpass vor	<input type="checkbox"/>	Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>

Sonstige: _____

Infektionskrankheiten:

HIV-Infektion, AIDS	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Sonstige:	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen:

Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Tumor	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>
Grüner Star	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Leber	<input type="checkbox"/>	Migräne	<input type="checkbox"/>
Heilen Wunden schlecht?	<input type="checkbox"/>	Gelenkprothese	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	Organtransplantation	<input type="checkbox"/>

Allergien bzw. Unverträglichkeiten ja nein **Liegen sonstige Erkrankungen vor?** ja nein

Welche? _____ Welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig, bzw. zur Zeit ein? * Falls Sie eine Medikamentenliste haben, legen Sie diese bitte zur Kopie vor

Rauchen Sie? ja nein Seit wann? _____ Wie viel? _____

Bitte beachten Sie, dass eine **Injektion** zur Schmerzausschaltung Ihre Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigen kann. In sehr seltenen Fällen können sich allergische Reaktionen bzw. ein anhaltendes Taubheitsgefühl oder Geschmacksirritationen einstellen. Die Abtretung von Forderungen an Dritte (beispielsweise Versicherungen), die aus dem Behandlungsverhältnis mit der Praxis Dr. Rauen resultieren, ist ausgeschlossen. Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Als besonderen Service bieten wir Ihnen einen unverbindlichen Erinnerungsdienst für Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchungen an.

Wünschen Sie diese Erinnerung? ja nein Dies können Sie jederzeit widerrufen.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit deren Speicherung einverstanden.

Datum _____ Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigter) _____ überprüft am _____ Unterschrift (Arzt) _____