



## DR. BECKMANN & DR. KORTE

Zahnarztpraxis am Hohenzollernring

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworten Sie daher alle folgenden Fragen gewissenhaft, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können. Selbstverständlich unterliegen all Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Herzlichen Dank.

### PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT:

☐ HERR ☐ FRAU ☐ KIND / JUGENDLICHE/R

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb. Datum/Ort \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_

Tel. Arbeit \_\_\_\_\_

Tel. Mobil \_\_\_\_\_

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

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

### ANGABEN WENN SIE NICHT SELBST VERSICHERT SIND:

VERSICHERT ÜBER:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb. Datum/Ort \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### WIE SIND SIE VERSICHERT?

☐ gesetzlich ☐ freiwillig gesetzlich ☐ privatversichert ☐ Zusatzversicherung vorhanden

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN:

☐ Auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_ ☐ Internet: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

BLATT BITTE WENDEN!

## IHR ANLIEGEN – WARUM SIE ZU UNS KOMMEN:

- ☐ zur Kontrolle      ☐ wegen Schmerzen      ☐ wegen Zahnfleischproblemen/Parodontitis
- ☐ Überweisung von \_\_\_\_\_ ☐ wegen \_\_\_\_\_
- ☐ Sonstiges \_\_\_\_\_

Wir bitten die Patienten, die Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse sind, uns jeweils beim ersten Besuch innerhalb eines Quartals die Krankenversichertenkarte vorzulegen, damit eine Abrechnung der erbrachten Leistungen mit der Krankenkasse erfolgen kann. Sollte die Karte innerhalb einer Woche nicht vorliegen, so sind wir berechtigt, die Behandlung privat in Rechnung zu stellen.

Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen haben laut Gesetz die Möglichkeit, sich anstelle der Behandlung über die Versichertenkarte auf Wunsch auf Basis der Kostenerstattung, also als Privatpatient behandeln zu lassen. Gerne erläutern wir Ihnen dieses Verfahren und seine Vorteile. Bitte sprechen Sie uns bei Interesse darauf an.

Unsere Praxis wird nach Terminsystem geführt. Das bedeutet, dass wir zur vereinbarten Zeit in Ruhe für Sie da sind. Das bedeutet aber auch, dass Sie uns, falls Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitte spätestens einen Arbeitstag vorher Bescheid geben, damit wir die ansonsten ungenutzte Zeit für einen anderen Patienten nutzen können. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen andernfalls den Ausfall in Rechnung stellen können.

Grundlage für die Abrechnung unserer erbrachten Leistungen sind ausschließlich die Regelungen der gesetzlichen Krankenkassen sowie die amtlichen privaten Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte. Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Patienten bzw. Zahlungspflichtigen und der Praxis getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, dürfen weder abgetreten noch verpfändet werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger

## ZU IHRER ALLGEMEINEN GESUNDHEIT:

Haben Sie zurzeit oder hatten Sie früher eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?  
Zutreffendes bitte ankreuzen.

### HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN

- ☐ hoher Blutdruck (Hypertonie)
- ☐ niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- ☐ Herzklappenerkrankung bzw. künstliche Herzklappe
- ☐ Koronare Herzkrankheit / Angina Pectoris
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Herzrhythmusstörungen
- ☐ Herzschrittmacher, Bypass etc.
- ☐ angeborener Herzfehler

### INFEKTIONSERKRANKUNGEN

- ☐ Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C
- ☐ Tuberkulose
- ☐ HIV+ bzw. AIDS
- ☐ Andere: \_\_\_\_\_

### ALLERGIEN/UNVERTRÄGLICHKEITEN (GGF. ALLERGIEPASS?)

- ☐ lokale Betäubungsmittel
- ☐ Schmerzmittel
- ☐ Antibiotika
- ☐ Andere: \_\_\_\_\_

### WEITERE WICHTIGE ANGABEN

Sind Sie zurzeit schwanger?

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Rauchen Sie? ja nein

Haben Sie eine Suchterkrankung?

### WEITERE ERKRANKUNGEN

- ☐ Diabetes Typ I Typ II
- ☐ Gelenkerkrankungen (Rheuma)
- ☐ Bluterkrankungen (Blutungsneigung, Blutarmut)
- ☐ Lungenerkrankungen (Asthma etc.)
- ☐ Lebererkrankungen
- ☐ Nierenerkrankungen
- ☐ Schilddrüsenerkrankungen
- ☐ Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
- ☐ Migräne
- ☐ Osteoporose
- ☐ Epilepsie
- ☐ Grüner Star (Glaukom)
- ☐ Tumorerkrankungen (Chemotherapie, Bestrahlung)
- ☐ frühere Operationen

### NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

- ☐ Blutgerinnungshemmende Mittel \_\_\_\_\_
- ☐ Schmerzmittel \_\_\_\_\_
- ☐ Bisphosphonate \_\_\_\_\_
- ☐ Andere: \_\_\_\_\_

☐ ja ☐ nein In welchem Monat? \_\_\_\_\_

☐ ja ☐ nein Bei wem? \_\_\_\_\_

☐ ja ☐ nein Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT:

### A

- Haben Sie Zahnschmerzen? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie Beschwerden beim Kauen? ☐ ja ☐ nein
- Ist irgendein Zahn besonders empfindlich? ☐ ja ☐ nein

### B

- Haben Sie freiliegende und/oder empfindliche Zahnhälse? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie Zahnfleischprobleme? ☐ ja ☐ nein
- Blutet Ihr Zahnfleisch? ☐ ja ☐ nein
- Bemerken Sie einen Rückgang Ihres Zahnfleisches? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie Stellungsveränderungen ihrer Zähne bemerkt? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie Mundgeruch? ☐ ja ☐ nein

### C

- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ☐ ja ☐ nein
- Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder beim Gähnen? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk oder im Ohrbereich? ☐ ja ☐ nein
- Beobachten Sie ein Knacken im Bereich der Kiefergelenke? ☐ ja ☐ nein
- Bestehen häufig Hals- oder Nackenverspannungen? ☐ ja ☐ nein
- Hat sich bis Ihr "Biss" verändert? ☐ ja ☐ nein

### D

- Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung? ☐ ja ☐ nein
- Entwickeln sich Lücken zwischen den Zähnen? ☐ ja ☐ nein
- Gefällt Ihnen Ihr Lachen und das Aussehen Ihrer Zähne? ☐ ja ☐ nein
- Ist Ihnen die Ästhetik Ihrer Zähne ☐ sehr wichtig ☐ wichtig ☐ nicht so wichtig ☐ unwichtig?

### E

Wann wurden Sie zum letzten Mal zahnärztlich geröntgt? \_\_\_\_\_

Bei wem wurden Sie zum letzten Mal zahnärztlich geröntgt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger