



**Dr. med. dent. Beatrice Schradin**

**Zahnärztin**

Dürener Str. 344; 50935 Köln

Tel: 0221-431363 E-Mail: info@praxis-schradin.de

## **Herzlich willkommen in unserer Praxis**

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: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

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

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

Für Patienten mit einer privaten Krankenversicherung erfolgt die Berechnung zahnärztlicher Leistungen auf Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte und der Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils gültigen Fassung. Für die Erstattung durch die Beihilfestelle sind jedoch die entsprechenden Beihilfebestimmungen maßgebend. In Einzelfällen kann dies dazu führen, dass aufgrund dieser Bestimmungen keine vollständige Kostenübernahme gewährleistet ist.

### **Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)**

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### Ihr persönlicher Gesundheitscheck

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzerkrankung                          | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Immunschwäche (HIV+)                    | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher / künstl. Herzklappen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hoher / Niedriger Blutdruck             | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ohnmachtsneigung                        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Marcumar / Gerinnungshemmer             | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Blutungsneigung / Bluterkrankung        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Rheuma                                  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Diabetes                                | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung                  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung (Hepatitis)             | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Magen- / Darmerkrankung                 | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung                        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung / Asthma               | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie                               | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

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, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? ja  nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_



**Dr. med. dent. Beatrice Schradin**  
**Zahnärztin**  
Dürener Str. 344; 50935 Köln  
Tel: 0221-431363 E-Mail: info@praxis-schradin.de

### Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Professionelle Zahnreinigung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zahnschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kiefergelenkbeschwerden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Knirschen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mundgeruch	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sonstiges	_____	

### Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

\_\_\_\_\_

Angst vor Zahnmedizinischen Eingriffen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Starker Würgereiz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Durch wen wurden wir Ihnen Empfohlen?

\_\_\_\_\_

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

\_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Röntgenkontrolle?

\_\_\_\_\_

### Beratungswunsch?

\_\_\_\_\_

Wir benötigen Ihre Gesundheitskarte 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. Ebenfalls bitten wir Sie Termine, die nicht eingehalten werden können, 24h vorher abzusagen, da ansonsten die durch Ihr Fehlbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

**Datum** \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_