



# Herzlich willkommen in unserer Praxis !

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

*Ihr Dr. Detlef Trabert*

---

Patient: Name	Vorname	Geburtsdatum
---------------	---------	--------------

---

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon/Telefax
--------------------	----------	-----------------

---

Versicherter: Name	Vorname	Geburtsdatum
--------------------	---------	--------------

---

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon/Telefax
--------------------	----------	-----------------

---

Krankenkasse\*)/Krankenversicherung

---

**\*) Weisen Sie sich nicht durch eine Krankenversichertenkarte als Kassenpatient aus, geben Sie zu erkennen, dass Sie Privatpatient sind und eine Privatliquidation wünschen**

---

---

Beruf	Arbeitgeber	Telefon/Telefax
-------	-------------	-----------------

---

## Ich wurde empfohlen durch:

- 
- Ich lege Wert auf eine systematische Behandlung
  - Ich möchte lediglich eine Behandlung der akuten Beschwerden:
- 

**Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten das Honorar für die in dieser Sitzung geplante Behandlung in Rechnung gestellt werden kann.**

- Ich wünsche eine **"Ganzheitliche Behandlung"** da ich weiß, dass die Zähne Einfluss auf andere Organe haben und dort Beschwerden hervorrufen können

## Ich wünsche eine besondere Beratung über:

- ein zahnmedizinische Gutachten
- Karies- und Parodontitisprophylaxe
- Füllungsalternativen
- Parodontitisbehandlung
- Zahnersatzalternativen
- Implantate
- Kopfschmerz- /Verspannungstherapien
- Kiefergelenksknachen und -Schmerzen
- Schnarcher-Therapie
- Ganzheitliche Behandlung
- Homöopathie, Akupunktur, Reflexzonen-therapie

Die Abrechnungsdaten müssen an das Finanzamt, den Steuerberater, die Kassenzahnärztliche Vereinigung und ggf. der Abrechnungsgesellschaft übermittelt werden.

---

Datum - Unterschrift

**Damit Sie keine Zwischenfälle zu befürchten haben, beantworten Sie bitte folgende Fragen gewissenhaft:**

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (z.B. Heuschnupfen, Asthma)?  ja  nein  
Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein  
Leiden Sie an Blutgerinnungsstörungen?  ja  nein

Leiden Sie an einer der nachfolgend aufgeführten Krankheiten, oder haben Sie eine hiervon schon jemals durchgemacht (ankreuzen)?

Herzkrankheit	<input type="radio"/>	hoher Blutdruck	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	Blutarmut (Anämie)	<input type="radio"/>
Hepatitis (Gelbsucht)	<input type="radio"/>	Asthma	<input type="radio"/>
AIDS-Test mal gemacht	<input type="radio"/>	Tuberkulose	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	Lebererkrankung	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	Epilepsie	<input type="radio"/>
Nervenerkrankungen	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>
Endokarditis	<input type="radio"/>	Angina Pectoris	<input type="radio"/>

Nehmen Sie ständig Medikamente ein?  ja  nein  
Welche: \_\_\_\_\_

Sind Sie drogenabhängig?  ja  nein  
Sind Sie schwanger?  ja  nein  
Haben Sie häufig Schmerzen im Kopf- oder Nacken-Schulterbereich?  ja  nein

Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kopfbereich geröntgt? \_\_\_\_\_

Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt ? \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

**Sie wissen, dass fast jedes Medikament die Verkehrstüchtigkeit einschränken kann, so auch die "zahnärztliche Spritze" zur örtlichen Betäubung !!!!**

**Jede Injektion (Spritze) kann in sehr seltenen Fällen zu Nervschädigungen führen, was zu vorübergehender oder bleibender Gefühlslosigkeit in dem entsprechenden Versorgungsgebiet führen kann!**

*Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes rechtzeitig mit !*

**Ich danke Ihnen für Ihre Angaben.**

Velen, d. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Patienten**