



Ignatius-Taschner-Str. 9
97816 Lohr
www.zahnarzt-drhaas.de

Tel. 09352 - 87 77 0
Fax 09352 - 87 77 20
info@zahnarzt-drhaas.de

DR. HAAS
& Kollegen

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 _____

Geboren am _____

Anschrift _____

Telefon _____

Fax _____

Mobil _____

Telefon Arbeit _____

Beruf _____

Krankenkasse _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:	Pflichtversichert	JA ()	NEIN ()
	Freiwillig versichert	JA ()	NEIN ()
	Private Zusatzversicherung	JA ()	NEIN ()
	Kostenerstattung gewählt	JA ()	NEIN ()

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:	Standardtarif	JA ()	NEIN ()
	Basistarif	JA ()	NEIN ()
	Beihilfeberechtigt	JA ()	NEIN ()

Versichertendaten:

Versicherte(r) _____

Geboren am _____

Anschrift _____

Versichertendaten:

Arbeitgeber _____

Anschrift des Arbeitgebers _____



Ihre persönlichen Gesundheitsdaten:

Herzerkrankung / Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappe	JA ()	NEIN ()
Hoher / Niedriger Blutdruck	JA ()	NEIN ()
Ohnmachtsneigung / Epilepsie	JA ()	NEIN ()
Marcumar / Gerinnungshemmer / Blutungsneigung / Bluterkrankung	JA ()	NEIN ()
Asthma / Atemnot	JA ()	NEIN ()
Rheuma	JA ()	NEIN ()
Diabetes	JA ()	NEIN ()
Schilddrüsenerkrankung	JA ()	NEIN ()
Lebererkrankung (Hepatitis)	JA ()	NEIN ()
Magen- / Darm- / Nierenerkrankungen	JA ()	NEIN ()
Immunschwäche / Aids	JA ()	NEIN ()
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	JA ()	NEIN ()
Leiden Sie unter häufigem Erbrechen / Sodbrennen / Aufstoßen?	JA ()	NEIN ()

Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen? JA () NEIN ()

Wenn JA, welche: _____

Waren Sie vor kurzem, oder sind Sie noch in ärztlicher Behandlung? JA () NEIN ()

Wenn JA, welche Fachrichtung: _____

Habe Sie Allergien? JA () NEIN ()

Wenn JA, welche: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? JA () NEIN ()

Wenn JA, welche: _____

Reagieren Sie bei irgendwelchen Medikamenten empfindlich? JA () NEIN ()

Wenn JA, bei welchen: _____

Wünschen Sie eine homöopathische/naturheilkundliche Begleitbehandlung? JA () NEIN ()

Sind Sie Raucher? JA () NEIN ()

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? JA () NEIN ()

Wenn JA, in welchem Monat: _____



Grund Ihres Besuches:

Kontrolluntersuchung	JA ()	NEIN ()
Zahnschmerzen	JA ()	NEIN ()
Zahnfleischbluten	JA ()	NEIN ()
Schlecht funktionierender Zahnersatz	JA ()	NEIN ()
Migräne / Kopf- / Rücken- / Hüft- / Nackenschmerzen	JA ()	NEIN ()
Kiefergelenksbeschwerden / Verspannungen der Kaumuskelatur	JA ()	NEIN ()
Knirschen / Pressen mit den Zähnen	JA ()	NEIN ()
Metallgeschmack	JA ()	NEIN ()
Mundgeruch	JA ()	NEIN ()

Sonstiges: _____

Beratungswunsch:

Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	JA ()	NEIN ()
Hochästhetische Kunststofffüllungen	JA ()	NEIN ()
Prothetische Versorgung	JA ()	NEIN ()
Implantate / Implantatversorgung	JA ()	NEIN ()
Ganzheitliche Beratung	JA ()	NEIN ()
Austattung verträgl. Füllungsmaterialien	JA ()	NEIN ()
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	JA ()	NEIN ()
Kieferorthopädische Behandlung	JA ()	NEIN ()
Professionelle Zahnreinigung	JA ()	NEIN ()

Sonstiges: _____

Sie sind uns wichtig:

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Haben Sie:	starke Angst vor medizinischen Eingriffen?	JA ()	NEIN ()
	eine starke Schmerzempfindlichkeit?	JA ()	NEIN ()
	einen starken Würgereiz?	JA ()	NEIN ()

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen? _____

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, benötigen wir Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung.

Lohr, _____ Unterschrift _____