



DR. MATTHIAS SIEGLER
ZAHNARZT - ORALCHIRURG

PERSÖNLICHE DATEN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße		PLZ, Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon Festnetz	Mobil	E-Mail	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Arbeitgeber (freiwillige Angabe)	Beruf (freiwillige Angabe)	Telefon geschäftlich (freiwillige Angabe)	

VERSICHERUNG

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Telefon Festnetz	Mobil

Bitte ergänzen, sofern Mitglied und Zahlungspflichtiger der Versicherung nicht identisch sind

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße		PLZ, Ort	

HAUSARZT

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	PLZ, Ort

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> Homepage	<input type="checkbox"/> Jameda
<input type="checkbox"/> persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/> Werbung	<input type="checkbox"/> Sonstiges

GRUND IHRES BESUCHS?

<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/> Endodontie/Wurzelkanalbehandlung	<input type="checkbox"/> Beratung
<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/> ästhetische Zahnmedizin	<input type="checkbox"/> 2. Meinung
<input type="checkbox"/> Prophylaxe	<input type="checkbox"/> Implantologie	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Was ist Ihnen besonders wichtig?

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFragen

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

Haben/hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Asthma/Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| sonstige Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzoperation | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenersatz/-erkrankung/-defekt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Endokarditis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis A/B/C | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| sonstige Leberkrankheiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Creutzfeldt-Jakob | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lähmungen/Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Augenerkrankung (z. B. Glaukom) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tumor/Karzinom/Krebs | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kopf-/Gesichtsschmerzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Krankenhauskeim MRSA | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit ein?

- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| blutverdünnende Mittel | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstiges: | | |

Allergien/Unverträglichkeiten

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bestehen Allergien? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| Haben Sie einen Allergiepass? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Allgemeine Angaben

- | | | | | | | |
|---|---------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| Wie ist Ihr Blutdruck? | niedrig | <input type="checkbox"/> | normal | <input type="checkbox"/> | hoch | <input type="checkbox"/> |
| ggf. Werte: | | | | | | |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Sind Sie stammzellen-/organtransplantiert? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Haben Sie künstliche Gelenke? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Unfalldatum: | | | | | | |
| Haben/hatten Sie eine Chemotherapie? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Haben/hatten Sie eine Strahlentherapie? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Schnarchen Sie? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Besteht eine Schwangerschaft? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Wenn ja, in welchem Monat sind Sie? | | | | | | |
| Rauchen Sie? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Wenn ja, wie viel Zigaretten am Tag? | | | | | Stück | |
| Seit wann sind Sie Nichtraucher? | | | | | | |
| Bestehen Suchtkrankheiten? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Wenn ja, welche? | | | | | | |
| sonstige Angaben/andere Krankheiten? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Wenn ja, welche? | | | | | | |
| | | | | | | |

Angaben zu Ihrer Zahngesundheit

- | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------|-------------------------------|--|--|--|
| Wann war Ihr letzter Zahnarzttermin? | | | | | | |
| Leiden Sie unter Zahnarztangst? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Legen Sie bei Bedarf Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | | |

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, da Ihnen sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r