



Dr. med. dent.
Andreas Kirchoff
Zahnarzt

Liebe Patientinnen und Patienten,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns um Ihre zahnmedizinischen Wünsche kümmern können, benötigen wir zunächst Ihre Personalien sowie Angaben zu Ihrer allgemeinen Gesundheit. Diese sind wichtig für eine angemessene Behandlung und unterliegen selbstverständlich der strengen ärztlichen Schweigepflicht. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihre persönlichen Angaben

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Versicherter, falls abweichend _____ geb. am _____

Anschrift _____ E-Mail _____

Tel.-Nr. _____ Geburtsort _____

Beruf _____ beschäftigt bei (freiwillige Angabe) _____

Krankenkasse _____ Zusatzversicherung ja nein

beihilfeberechtigt ja nein freiwillig versichert ja nein Basistarif

Empfohlen durch / aufmerksam geworden durch _____

Letzte Röntgenuntersuchung im Mund-Kieferbereich; wann? _____

Schwangerschaft ja nein (_____ Monat) - Bitte immer unaufgefordert mitteilen -

Infektionskrankheiten (Hepatitis; HIV+; AIDS; Tbc. usw...) ja nein

Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar; ASS; Aspirin) ja nein

Behandelnder Hausarzt (mit Tel.-Nr.) _____

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte **Termine mindestens 2 Tage vorher abzusagen**.

!Bitte beachten Sie: Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und Behandlung in Rechnung zu stellen! (AUSFALLGEBÜHR)

Unterschrift zur Einwilligung: _____

Aufklärung zur Lokalanästhesie

Bitte beachten Sie, dass es im Zuge einer Lokalanästhesie (örtlichen Betäubung) in seltensten Fällen zu Selbstverletzungen (z. B. Zungen- oder Wangenbiss), Blutergüssen und Nervschädigungen (vorübergehende, dauerhafte Gefühlsstörungen) kommen kann. Die Verkehrstüchtigkeit kann für mehrere Stunden eingeschränkt sein. Bei weiteren Fragen steht Ihnen der behandelnde Arzt gerne zur Verfügung.

bitte wenden und weiter ausfüllen! >>

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck / Ohnmachtsneigung ja nein
Herzerkrankungen/-defekt ja nein
(z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler)
Herzschrittmacher ja nein
Sonstige _____

Allergien / Unverträglichkeiten

- Lokalanästhesie (Spritzen) ja nein
Schmerzmittel ja nein
Antibiotika (Penicillin) ja nein
Latex (Gummihandschuhe) ja nein
Sonstige _____

Weitere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörung ja nein
(z. B. Marcumar, ASS, Clopidogrel)
Bisphosphonattherapie / Osteoporose ja nein
Epilepsie ja nein
Asthma ja nein
Magen, Darm ja nein
Lungenerkrankung ja nein
Schilddrüsen ja nein
Zuckerkrankheit / Diabetes ja nein
Rheuma ja nein
Psychische Probleme ja nein
Drogenkonsum ja nein
Sonstige _____

Zahnärztliche Fragen

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

- Haben Sie irgendwelche Beschwerden, wenn Sie kauen? ja nein
Sind Sie interessiert an ästhetisch hochwertigen Versorgungsmöglichkeiten
(z. B. Kunststofffüllungen, Inlays, Vollkeramik, Veneers, Zahnstellungskorrektur)? ja nein
Haben Sie Zahnfleischbluten(-rückgang)? ja nein
Haben Sie Schmerzen im Bereich der Kaumuskelatur / des Kiefergelenks? ja nein
Haben Sie Probleme mit Schnarchen und/oder ggf. Atemaussetzer? ja nein
Wurden Sie früher kieferorthopädisch behandelt? (Zahnspange/-klammer, Brackets) ja nein
Sind Sie Raucher? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Paderborn, den _____ Unterschrift: _____

Medikamente

Medikamente

Medikamente

Falls Sie zur Zeit Medikamente einnehmen, diese bitte hier eintragen.