

# Zahnarztpraxis Klaus Bergenthal

Potsdamer Str. 38, 14163 Berlin

Tel. 030 - 802 74 66

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Sorgen 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: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert **ja** [ ] **nein** [ ]

Freiwillig versichert **ja** [ ] **nein** [ ]

Haben Sie eine private Zusatzversicherung **ja** [ ] **nein** [ ]

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [ ] **nein** [ ]

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Standardtarif? **ja** [ ] **nein** [ ]

Basistarif? **ja** [ ] **nein** [ ]

Studentisch versichert? **ja** [ ] **nein** [ ]

Beihilfeberechtigt? **ja** [ ] **nein** [ ]

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

Fax: \_\_\_\_\_

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

Telefon Büro: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

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

Rechnung an Patienten oder Versicherten ? \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge,  
um erneute Erkrankungen zu vermeiden? **ja** [ ] **nein** [ ]

# Zahnarztpraxis Klaus Bergenthal

Potsdamer Str. 38, 14163 Berlin  
Tel. 030 - 802 74 66

**Patient:** \_\_\_\_\_

Seite 1

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihnen

Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung/Herzschrittmacher/künstl. Herzklappen ja [ ] nein [ ]

Marcumar / Gerinnungshemmer? ja [ ] nein [ ]

Blutungsneigung / Bluterkrankung? ja [ ] nein [ ]

Ich habe einen Herzpass ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, warum wurde dieser Herzpass ausgestellt?

---

Sind Sie wg. Osteoporose behandelt worden? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, sind Sie mit "Bisphosphonaten" behandelt worden? ja [ ] nein [ ]

Hoher Blutdruck - niedriger Blutdruck? ja [ ] nein [ ]

Ohnmachtsneigung? ja [ ] nein [ ]

Rheuma? ja [ ] nein [ ]

Diabetes? ja [ ] nein [ ]

Schilddrüsenerkrankung? ja [ ] nein [ ]

Lebererkrankung (Hepatitis)? ja [ ] nein [ ]

Magen- / Darmerkrankung? ja [ ] nein [ ]

Nierenerkrankung? ja [ ] nein [ ]

Lungenerkrankung / Asthma? ja [ ] nein [ ]

Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen? ja [ ] nein [ ]

Epilepsie? ja [ ] nein [ ]

Immunschwäche (HIV+)? ja [ ] nein [ ]

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche?

---

Allergien? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche?

---

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

Wofür oder wogegen sind diese Medikamente?

---

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, bei welchen?

---

Sind Sie Raucher? Wieviele Zigaretten pro Tag? ja [ ] nein [ ]

**Patient:** \_\_\_\_\_

### Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, in welchem Monat? Voraussichtl. Entbindungstermin:

---

Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen? ja [ ] nein [ ]

Zahnfleischbluten / Entzündung? ja [ ] nein [ ]

Knirschen Sie mit den Zähnen ? ja [ ] nein [ ]

Mundgeruch? ja [ ] nein [ ]

### Grund Ihres Besuchs

Wünschen Sie NUR eine Schmerzbehandlung ? ja [ ] nein [ ]

Sonstiges

---

### Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei der Behandlung besonders berücksichtigen?

---

Ich habe Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen ja [ ] nein [ ]

Ich bin sehr schmerzempfindlich ja [ ] nein [ ]

Ich habe einen starken Würgereiz ja [ ] nein [ ]

Was wurde bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

---

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

---

### Beratungswunsch

Prophylaxe / Professionelle Zahnreinigung ja [ ] nein [ ]

Alternative Füllungsmaterialien statt Amalgam ja [ ] nein [ ]

Zahnfarbene Füllungen ja [ ] nein [ ]

Amalgamsanierung ja [ ] nein [ ]

Kieferorthopädische Behandlung ja [ ] nein [ ]

Implantate / Implantatversorgung ja [ ] nein [ ]

Sonstiges

---

### Sonstige Angaben

Sind Sie befreit von der Zuzahlung von Arzneimitteln ja [ ] nein [ ]

(Härtefall)?

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte 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.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_