



ZAHNÄRZTIN  
**DOMINIQUE HEIZLER**

## Herzlich willkommen in der Praxis Dominique Heizler!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen! Um Ihre Behandlung so gut wie möglich auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!

### PATIENT

Name: .....

Vorname/Titel: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geboren: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Krankenkasse: .....

Hausarzt: .....

Telefon privat: .....

Fax privat: .....

Mobil-Tel.: .....

Telefon Arbeit: .....

E-Mail: .....

Sind Sie freiwillig versichert?  Ja  Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt?  Ja  Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung?  Ja  Nein

### GRUND MEINES ZAHNARZT-BESUCHES

Kontroll-Untersuchung  Zahnlockerungen

Zahnfleischbluten  Mundgeruch

Probleme mit Zahnersatz  Unschöne Zähne

### ICH WÜNSCHE EINE BERATUNG ÜBER

Mundgesundheitsvorsorge  Zahnfleischbehandlung

Amalgamsanierung  Alternativen zum Amalgam

Schöner Zähne  Zahnaufhellung

Sonstiges: .....

### VERSICHERTER

Falls Sie nicht selbst, sondern z.B. über Ihren Vater oder Ehegatten versichert sind, tragen Sie hier bitte zusätzlich die Angaben zum Versicherten ein. Sind Sie selbst versichert, brauchen Sie hier nichts einzutragen.

Name: .....

Vorname/Titel: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geboren: .....

Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

### Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

Empfehlung durch (bitte Namen angeben):

.....

Internet  Gelbe Seiten  Sonstiges:

.....

Nicht bekannt

Nicht bekannt

Nicht bekannt

Zahnschmerzen

Zahnkippungen

Kiefergelenksprobleme

Zähneknirschen

Sonstiges: .....



ZAHNÄRZTIN  
**DOMINIQUE HEIZLER**

**Krankheiten, Allergien und Medikamenten-Unverträglichkeiten** aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend sorgfältige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir unsere Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren **Allergie-Pass** zu Ihrem ersten Termin mit. Falls Sie laufend oder zur Zeit **Medikamente** einnehmen, tragen Sie diese bitte unten ein.

**WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE ZUR ZEIT EIN?** (Besonders wichtig ist die Angabe blutgerinnungshemmender Medikamente!)

- Marcumar                                       Herz-ASS                                       Sonstige: .....

**ALLERGIEN:**

.....  
 .....

**FÜR PATIENTINNEN:** Sind Sie Schwanger?  Ja     Nein    Welcher Monat? .....

**ERKRANKUNGEN**

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="radio"/> Hoher Blutdruck          | <input type="radio"/> Niedriger Blutdruck       | <input type="radio"/> Herz-Fehler             | <input type="radio"/> Herzklappenersatz     |
| <input type="radio"/> Endokarditis             | <input type="radio"/> Herz-Operationen          | <input type="radio"/> Herz-Schrittmacher      | <input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt              | <input type="radio"/> Schlaganfall              | <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="radio"/> Zuckerkrankheit       |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="radio"/> Schilddrüsenunterfunktion | <input type="radio"/> Asthma/Lungenkrankheit  | <input type="radio"/> Nervenerkrankungen    |
| <input type="radio"/> Depressionen/Psychosen   | <input type="radio"/> Lebererkrankungen         | <input type="radio"/> Nierenerkrankungen      | <input type="radio"/> Rheuma                |
| <input type="radio"/> Epilepsie                | <input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankungen   | <input type="radio"/> Immunschwäche (HIV)     | <input type="radio"/> Hepatitis             |

Zur Zeit bestehende Infektionen: .....

**MEINE BEHANDLUNGSWÜNSCHE**

Ich möchte das Beste für meine Zähne. Bitte informieren Sie mich über die für mich optimale Behandlung, auch wenn meine Krankenkasse möglicherweise nicht alles erstattet.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Ich möchte nur mit örtlicher Betäubung behandelt werden | <input type="radio"/> Ich möchte nur bei schmerzhaften Eingriffen eine Spritze |
| <input type="radio"/> Ich möchte genau über die Behandlung informiert werden  | <input type="radio"/> Ich möchte so wenig wie möglich davon wissen             |

**Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das heißt, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell stillsteht, wenn Sie einen Termin nicht einhalten. Wir bitten Sie daher herzlich, Termine mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.**

**Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Schreiben gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank!**

.....  
 (Datum/Unterschrift)