



Zahnarztpraxis  
Hans Georg Herrmann  
Ihr Zahnarzt in Regensburg

**Patient**

Name

Titel

Vorname

Geb.

Gibt es Fragen oder Probleme beim Ausfüllen des Formulars? Wir helfen Ihnen gerne weiter.

**Kontaktdaten Patient**

Str.Nr.

PLZ

Ort

Tel.Nr.

Mobil

E-Mail

Beruf\*

**Hausarzt**

Name

Tel.Nr

**Versicherung**

privat, Name der Versicherung:

Basistarif

gesetzlich, Name der Versicherung:

Bei gesetzlicher Versicherung: Besteht eine Zusatzversicherung? Wenn ja, welche?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \*

Empfehlung von:

Überwiesen von:

Internet

sonstiges

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie vereinbarte Termine nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie aus diesem Grund, diese mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

**Wichtiger Hinweis: Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!**

Datum

Unterschrift

Bei Minderjährigen ist für eine Behandlung die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

**Erziehungsberechtigter/ Rechnungsempfänger**

Name

Anschrift (abweichend)

Str.Nr.

PLZ

Ort

Datum

Unterschrift

\*freiwillige Angaben

Spezielle Fragen zur Zahngesundheit	ja	Nein
Haben Sie Beschwerden beim Kauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist irgendein Zahn besonders empfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressen oder knirschen Sie (unbewusst) auf Ihren Zähnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder beim Gähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Verkrampfungen oder Ziehen im Kopf-, Nacken- oder Halsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?	Datum	
Wurde regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems**  
(z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall o. Gerinnungsstörung)

ja  nein

Wenn ja, welche?

**Infektionskrankheiten**

HIV-positiv/ AIDS

Hepatitis A - B - C

**Sonstige Erkrankungen**

Wenn ja, welche?

**Schwangerschaft**

Sind Sie Schwanger?

**Allergien**

Wenn ja, welche?

**Erkrankungen der Leber**

ja  nein

Wenn ja, welche?

**Erkrankungen der Niere**

ja  nein

Wenn ja, welche?

**Erkrankungen der Atemwege**

ja  nein

Wenn ja, welche?

**Erkrankungen von Magen/Darm**

ja  nein

Wenn ja, welche?

**Erkrankungen des Nervensystems**

ja  nein

Wenn ja, welche?

**Blutverdünnung**

ASS 100  Marcumar

\_\_\_\_\_

**Lokalanästhesie**

Sind im Vorfeld Probleme

Bei der Lokalanästhesie  
(Spritze) aufgetreten?

Wenn ja, welche?

**Nikotin**

Rauchen Sie?

Wenn ja, wie viel pro Tag?

**Medikamente**

Nehmen Sie regelmäßig  
Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

**Stoffwechselerkrankungen**

(z.B. Diabetes mellitus Typ I oder Typ II)

Wenn ja, welche?

**Datenschutzrechtliche Einwilligung:**

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Ferner bin ich damit einverstanden an fällige Vorsorge- und Behandlungstermine (via Post, Email oder SMS) erinnert zu werden. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs.3 DSGVO).

Datum

Unterschrift