



## Kreislauf / zentrales Nervensystem

- hoher Blutdruck
- Schlaganfall
- Krampfanfälle oder Epilepsie
- niedriger Blutdruck
- Ohnmachtsanfälle

## Vegetatives Nervensystem

- Kopfschmerzen / Nackenschmerzen
- Tinnitus
- Migräne

## Leber

- Gelbsucht
- Hepatitis A / B / C

## Lunge

- Asthma
- Lungenembolie
- COPD

## Stoffwechsel

- Diabetes I / II (Zuckerkrankheit)
- Schilddrüsenerkrankung
- Cholesterin (Blutfette)
- Nierenerkrankung

## Augen

- Glaukom (grüner Star)
- grauer Star

## Infektionskrankheiten

- HIV / AIDS
- Tuberkulose

## Weitere medizinisch wichtige Informationen

**ja    nein**

- Magen-/Darmerkrankung (wenn ja, welche?) \_\_\_\_\_
- Rheuma \_\_\_\_\_
- Osteoporose \_\_\_\_\_
- Tumorerkrankung (Bestrahlung, Chemotherapie) \_\_\_\_\_
- Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung \_\_\_\_\_
  
- Leiden Sie an anderen hier nicht aufgeführten Erkrankungen?(wenn ja, welche?)  
\_\_\_\_\_
  
- Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? (z.B. Marcumar®, ASS)  
\_\_\_\_\_
  
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (wenn ja, welche?)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ja    nein**

- Leiden Sie an Allergien? (z.B. Pollen, Nahrungsmittel, Nickel, andere Werkstoffe)  
(wenn ja, welche?) \_\_\_\_\_
- Haben Sie einen Allergiepass?
- Rauchen Sie? (wenn ja, wie viel?) \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder andere Drogen zu sich? (wenn ja, welche?) \_\_\_\_\_
  
- Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?
- Weiterleitung von Röntgenaufnahmen / Bilder per Email (an weiterbehandelnde Ärzte)
- Konsiliarische Erörterungen mit anderen Behandlern (Ärzten, Therapeuten, Heilpraktiker, usw.)
  
- Kieferhöhlenentzündung(wenn ja, wann?) \_\_\_\_\_
- Kiefergelenkbeschwerden /-knacken(wenn ja, wann?) \_\_\_\_\_
- Ohrenschmerz (wenn ja, wann?) \_\_\_\_\_
- Schnarchen Sie? \_\_\_\_\_
- Haben Sie Zahnfleischbluten oder Zahnfleischrückgang?(wenn ja, seit wann?) \_\_\_\_\_
  
- Wurde bereits eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt? (wenn ja, wann?) \_\_\_\_\_
  
- Wurde bereits eine Zahnfleischbehandlung (Parodontitistherapie) durchgeführt?  
(wenn ja, wann?) \_\_\_\_\_
- Haben Sie einen Röntgenpass?  
Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt? \_\_\_\_\_
- Haben Sie Angst vor / bei zahnärztlichen Behandlungen
- Dürfen wir Sie an Ihren Termin erinnern?
  
- Wünschen Sie eine Behandlung mit Lachgas-Sedierung (Distickstoffoxid)

Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns in die Praxis?

\_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? (z.B. Presse, Telefonbuch, Internet, Bekannte)

\_\_\_\_\_

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen beeinträchtigt sein kann, entweder durch die Behandlung an sich, oder auch durch den Einfluss von Injektionen oder Medikamenten.  
Auf Wunsch kümmern wir uns gerne um ein Taxi.

Außerdem möchten wir Sie darauf hinweisen, dass Sie erst nach Verwirken von Injektionen wieder feste Nahrung zu sich nehmen sollen, um Verletzungen zu vermeiden.

Verwaltungsaufgaben werden unterstützend durch eine externe Abrechnungsfirma (Premium Abrechnung Bayern, Fallstraße 34, 81369 München) durchgeführt.

Ruderting, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

Die Zahnarztpraxis Dr. Raphael Püschel ist eine Bestellpraxis.

D.h. alle Termine sind eigens für den Patienten/-in vereinbarte Termine mit einer bestimmten Behandlung. Mir ist bekannt, dass dieser Termin extra für mich freigehalten wird und dass es deshalb aus organisatorischen Gründen notwendig ist, dass ich für den Fall einer Verhinderung rechtzeitig - d. h. spätestens 2 Tage vor dem Termin - absage, damit noch die Möglichkeit besteht „Ersatzpatienten“ einzubestellen.

Sollte ich dennoch nicht rechtzeitig absagen, ist mir bekannt, dass mir die Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung gestellt werden können, wobei das anzurechnen ist, was infolge des Unterbleibens der Behandlung erspart wurde oder durch Behandlung anderer Patienten erworben wurde. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Ruderting, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

**Möchten Sie von uns an Ihre regelmäßigen Kontrolltermine erinnert werden? (Recall)**

**Ja**

**nein**

Ruderting, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient