

# ZahnMedizinisches Versorgungszentrum Leipzig

## Zahnärzte Paunsdorf

Schlehenweg 30 – 04329 Leipzig – Tel.: 0341/2511860 – Fax.: 0341/2523547

---

### HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Für eine adäquate und risikoarme Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.  
Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen auch unaufgefordert mit.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte baldmöglichst, spätestens jedoch 24 Stunden vor Ihrem Termin.

#### 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 ( )

Telefon: \_\_\_\_\_  
Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
Telefon Büro: \_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_

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

Rechnung an Patienten  
oder Versicherten: \_\_\_\_\_  
Versicherter: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

## Weitere Angaben

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Anschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge? ja (  ) nein (  )

Wenn ja, wie möchten Sie an Ihren nächsten  
Vorsorgetermin erinnert werden? telefonisch (  ) schriftlich (  )

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht  
(z.B. bei Versendung von Röntgenbildern) ja (  ) nein (  )

Einverständnis Erziehungsberechtigter  
zur Behandlung Minderjähriger ja (  ) nein (  )

## Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung ja (  ) nein (  )

Herzschrittmacher / Künstliche Herzklappen ja (  ) nein (  )

Hoher Blutdruck ja (  ) nein (  )

Niedriger Blutdruck ja (  ) nein (  )

Gerinnungshemmer (Falithrom, ASS,..) ja (  ) nein (  )

Blutungsneigung / Bluterkrankung (HIV) 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 - / Nasennebenhöhlenerkrankung ja (  ) nein (  )

Augenerkrankung (z.B. Glaukom, etc.) ja (  ) nein (  )

Epilepsie ja (  ) nein (  )

Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen? ja (  ) nein (  )

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? (z.B. Latex, Pflaster, etc.) ja (  ) nein (  )

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja (  ) nein (  )

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate? ja (  ) nein (  )

(Spezielle Medikamente in der Krebstherapie oder bei Osteoporose)

Reagieren Sie bei bestimmten  
Medikamenten empfindlich?

ja ( ) nein ( )

Wenn ja, bei welchen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Sie Raucher?

ja ( ) nein ( )

Wenn ja, wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich? \_\_\_\_\_

**Für unsere weiblichen Patienten:**

Sind Sie schwanger?

ja ( ) nein ( )

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_