

# Zahnarztpraxis für Endodontie



**Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient!**

***Unser Praxisteam heißt Sie herzlich willkommen.***

Bitte füllen Sie dieses Formular sorgfältig aus.  
Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patient:** Name:..... Vorname:..... geb.am:.....  
Straße:..... Nr.:..... Telefon:.....  
Handy:.....  
Postleitzahl:..... Wohnort:.....  
Krankenkasse/Krankenversicherung.....  
Gesetzlich versichert ( ) Beihilfeberechtigt Ja ( ) Nein ( )  
Privat versichert ( ) Besonderheiten im Tarif: \_\_\_\_\_  
Beruf:..... Telefon berufl.:.....  
Arbeitgeber:.....

**Versicherter:** Name:..... Vorname:..... geb.am:.....  
Straße:..... Nr.:..... Telefon:.....  
Postleitzahl:..... Wohnort:.....

**Bitte beachten Sie:** Falls uns die Krankenversicherungskarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorliegt, müssen wir ggf. für die erbrachten Leistungen eine Privatrechnung erstellen!  
(Bundesmantelvertrag §8 Abs.2)

**Wir wollen uns Zeit für Ihre Behandlung nehmen, deswegen reservieren wir den vereinbarten Termin nur für Sie!**

Um Ihnen diesen optimalen Behandlungsablauf bieten zu können, benötigen wir allerdings Ihre Mithilfe:  
Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte schnellstmöglich ab.  
Nur wenn Sie die vereinbarten Termine einhalten, können wir Ihnen diese individuelle Behandlungsplanung fortlaufend garantieren.

Bessenbach, den

---

**Unterschrift**

→→→→→→→→→→→→→→→ **Bitte wenden !!!** →→→→→→→→→→→→→→→

**Als Zahnarztpraxis für Endodontie wollen wir nicht nur Ihre Wurzelkanalbehandlung und Wurzelspitzenresektion fachkundig und spezialisiert durchführen, sondern wir möchten Sie auch im Vorfeld ausgiebig und kompetent aufklären.**

**Für diese Beratung wäre die Beantwortung folgender Fragen für uns hilfreich:**

Name des überweisenden Arztes: \_\_\_\_\_  
Wurde bei dem betreffenden Zahn schon eine Behandlung angefangen ? Ja ( ) Nein ( )  
Wenn ja, wann ? \_\_\_\_\_  
Wenn ja, von Ihrem Hauszahnarzt ( ), im Notdienst ( ), bei einem anderen Zahnarzt ( )  
Bestanden bei dem betreffenden Zahn Schmerzen ? Ja ( ) Nein ( )  
Bestehen bei dem betreffenden Zahn im Moment akute Schmerzen? Ja ( ) Nein ( )  
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Wurzelkanalbehandlung durchgeführt ? Ja ( ) Nein ( )  
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Wurzelspitzenresektion durchgeführt ? Ja ( ) Nein ( )

Von der Behandlung erwarte ich/wünsche ich mir, dass \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie: Als Überweisungspraxis können wir nur Behandlungen durchführen, für die Sie überwiesen wurden!**

**Für die Behandlung benötigen wir von Ihnen noch ein paar medizinische Informationen :**

Wann war die letzte Röntgenaufnahme im Zahnbereich ? \_\_\_\_\_  
Sind Sie in ärztlicher Behandlung ? Ja ( ) Nein ( )  
Wenn Ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Nehmen Sie Medikamente ein ? Ja ( ) Nein ( )  
Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_  
Gab es ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente ? Ja ( ) Nein ( )  
Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_  
Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft ? Monat : \_\_\_\_\_ Ja ( ) Nein ( )  
Besteht eine Allergie ? Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_ Ja ( ) Nein ( )  
Leiden Sie an Asthma oder Atemwegserkrankung ? Ja ( ) Nein ( )  
Besteht eine Blutungsneigung ? Blutverdünnende Medikamente z.B. ASS, Marcumar,...? Ja ( ) Nein ( )  
Haben Sie künstliche Gelenke, künstliche Herzklappen oder ähnliches ? Ja ( ) Nein ( )  
Besteht/bestanden eine Infektionskrankheiten ? Ja ( ) Nein ( )  
HIV ( ) Hepatitis ( ) Tuberkulose ( ) Sonstige \_\_\_\_\_  
Bestehen/bestanden Herzkrankheiten ? Ja ( ) Nein ( )  
Wenn Ja, welche ? \_\_\_\_\_  
Bestehen/bestanden Kreislaufprobleme ? Ja ( ) Nein ( )  
Blutdruck normal ( ) zu niedrig ( ) \_\_\_\_\_ zu hoch ( ) \_\_\_\_\_  
Besteht eine Diabetes (Zuckererkrankung) ? Ja ( ) Nein ( )  
Besteht ein Glaukom (erhöhter Augendruck) ? Ja ( ) Nein ( )  
Besteht eine Schilddrüsenerkrankung? Überfunktion ( ) oder Unterfunktion ( ) ? Ja ( ) Nein ( )  
Erkrankungen an Magen-Darm, Leber oder Niere ? Ja ( ) Nein ( )  
Bestehen Krampf oder Anfallsleiden (Epilepsie) ? Ja ( ) Nein ( )  
Sonstige Erkrankungen ? Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_ Ja ( ) Nein ( )

Bessenbach, den

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**