

# Ihre Daten

Ingelheimer Straße 3  
09212 Limbach-Oberfrohna  
Telefon 03722 / 90 24 7  
www.dr-gomon.de

Dr. GOMON 

Praxis für Zahnerhalt  
und orale Rehabilitation

Bitte nehmen Sie sich Zeit, die folgenden Fragen im Interesse einer reibungslosen Behandlung sorgfältig zu beantworten.  
Alle Mitarbeiter und Zahnärzte unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

## Ihre persönlichen Daten

Name des Patienten	Vorname des Patienten	Beruf, Arbeitgeber, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Nummer	PLZ, Ort	Krankenkasse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Ort	Telefon (tagsüber und / oder privat)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		E-Mail
		<input type="text"/>

## Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Name und Vorname	Geburtsdatum	Beruf des Versicherten
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitgeber	Krankenkasse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Wie sind Sie versichert?  GKV (gesetzlich)  PKV (privat), nutzen Sie Spezialtarife (z. B. Basistarif)?

Haben Sie eine private zahnärztliche Zusatzversicherung?  Nein  Ja, Name der Versicherung:

Sind Sie **beihilfeberechtigt**?  Ja  Nein

## Warum kommen Sie zu uns in die Praxis?

Ich habe akute Schmerzen oder andere Beschwerden  Mein Behandlungswunsch:

Ich komme auf Empfehlung von:

## Darüber möchte ich mehr wissen:

Professionelle Prophylaxe  Implantat-Versorgung  Ganzheitliche Zahnheilkunde

Behandlung bei Zahnfleischbluten  Zahnaufhellung (Bleaching)  Akupunktur

Moderne Wurzelkanalbehandlung  Kosmetische Zahnbehandlung

Zusätzlich wünsche ich eine Beratung über

Haben Sie Angst vor Zahnbehandlung?  Nein  Ja, etwas  Ja, sehr

## Informations- und Erinnerungsservice:

Wir informieren Sie gerne schriftlich rund um das Thema Mund- & Zahngesundheit und erinnern Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin.

Ja, ich möchte vom Informations- und Erinnerungsservice Gebrauch machen. Die Teilnahme ist unverbindlich und ich kann sie jederzeit widerrufen.  
Bitte informieren bzw. benachrichtigen Sie mich per:  Post  Anruf  SMS  E-Mail  
(Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

Ort, Datum:  Unterschrift:

# Gesundheitsfragen

Sind Sie zurzeit in **orthopädischer Behandlung**?  Nein  Ja  
 Oder sonstiger **ärztlicher Behandlung**?  Nein  Ja  
 Wenn **Ja**, geben Sie bitte Name / Adresse / Telefon-Nr. des Arztes an

---

Werden Sie von einem **Hausarzt** betreut?  Nein  Ja  
 Wenn **Ja**, geben Sie bitte Name / Adresse / Telefon-Nr. an

---

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?  Nein  Ja  
 Wenn **Ja**, welche:

---

Bekommen oder bekamen Sie jemals eine **Bisphosphonattherapie**?  Nein  Ja  
 Besteht bei Ihnen Verdacht auf **Allergie / Überempfindlichkeit / Unverträglichkeit**?  Nein  Ja  
 Wenn ja, gegen welche Materialien / Medikamente?

---

Besitzen Sie einen Allergiepass?  Nein  Ja

**Herz-Kreislaufkrankungen:**  Herzinfarkt  Herzschrittmacher  Herzklappenersatz  
 Herzfehler  Endokarditis  Schlaganfall  
 Bluthochdruck  Gerinnungsstörung

**Vegetative Erkrankungen:** Schwindel, Ohnmachtsanfälle?  Nein  Ja  
 Chronische Erkrankungen der Atemwege (Asthma)?  Nein  Ja

**Stoffwechselerkrankungen:** Zuckerkrankheit (Diabetes)?  Nein  Ja  
 Magen-Darm-Erkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Niereninsuffizienz?  Nein  Ja

**Erkrankungen des Nervensystems:** Epileptische Anfälle, Krämpfe, Multiple Sklerose?  Nein  Ja

**Augenerkrankungen:** Glaukom (Grüner Star)?  Nein  Ja

**Infektionskrankheiten:** Aids (HIV), Tuberkulose, Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis)?  Nein  Ja

**Knochenerkrankungen:** Osteoporose, Knochentumore, Knochenmetastasen?  Nein  Ja

**Röntgen:** Wann wurden Sie zuletzt im Kopf-Kiefer-Bereich geröntgt?

---

**Schwangerschaft:**  Nein  Ja  
 Wenn **Ja**, in welcher Woche / welchem Monat?

---

**Rauchen:**  Nein  Gelegentlich  Täglich, \_\_\_\_\_ Stück

**Alkoholkonsum:**  Nein  Gelegentlich  Wöchentlich  Täglich

**Sonstige Erkrankungen:**

---

Vielen Dank für Ihre Mühe. Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_