



Dr. Timo Bachmann

Herzlich willkommen in meiner Praxis!

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, benötigen wir die Beantwortung nachfolgender Fragen. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGb) sowie den Bestimmungen des Datenschutzes.

Wie möchten Sie angesprochen werden? (männlich, weiblich, divers) _____

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

ggf. Erziehungsberechtigte/r:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße + Hausnummer _____ PLZ + Ort _____

Mobiltelefon: _____ Festnetz: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Welche Wünsche oder Beschwerden führen Sie zu uns? _____

Name der Krankenkasse / Versicherung: _____

☐ privat (☐ Beihilfe; ☐ Basis-/Standardtarif) ☐ gesetzlich (☐ private Zusatzversicherung)

Wie haben Sie von meiner Praxis erfahren?

Jameda ☐ Google ☐ Anzeigenwerbung ☐ persönliche Empfehlung ☐ →

Durch welche Person wurde Ihnen meine Praxis empfohlen?

Ärztliche Behandlung: Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt / Facharzt: _____
Name + Adresse + Telefonnummer

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Zum Beispiel **Bisphosphonate** (z.B. wg. Tumorerkrankung, Osteoporose) oder **gerinnungshemmende Medikamente?** (Aspirin, Marcumar, Xarelto, Pradaxa etc.) **Blutdrucksenkende Medikamente?** **Psychopharmaka?**



Antibiotikaprophylaxe: Benötigen Sie wegen einem Herzklappenersatz oder einer durchgemachten Endokarditis eine Antibiotikaprophylaxe vor zahnärztlichen Eingriffen: ☐ nein ☐ ja

Allergien: Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen eine Allergie?

Herzerkrankung: Herzschwäche (Insuffizienz)? ☐ nein ☐ ja
Herzklappenersatz oder Herzfehler? ☐ nein ☐ ja
Herzschrittmacher? ☐ nein ☐ ja
Zustand nach Herzinfarkt? Wenn ja, wann? ☐ nein ☐ ja
Sonstige Herzerkrankungen:

Kreislaufferkrankung: zu hoher Blutdruck? ☐ nein ☐ ja
zu niedriger Blutdruck? ☐ nein ☐ ja

Stoffwechselerkrankung: Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus Typ I oder Typ II)? ☐ nein ☐ ja
Magen-Darmerkrankungen? ☐ nein ☐ ja
Schilddrüsenerkrankung? ☐ nein ☐ ja

Erkrankung des Nervensystems: Anfallsleiden / Epileptische Anfälle? ☐ nein ☐ ja
Parkinson? ☐ nein ☐ ja
Demenz oder Alzheimer? ☐ nein ☐ ja

Bluterkrankungen: Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie)? ☐ nein ☐ ja

Infektionskrankheiten: Leberentzündung (Hepatitis A / B / C)? ☐ nein ☐ ja
Tuberkulose? ☐ nein ☐ ja
HIV Infektion? ☐ nein ☐ ja
 Positiv; therapiert und unter der Nachweisgrenze ☐ nein ☐ ja
 Positiv; nicht therapiert ☐ nein ☐ ja
MRSA-Bakterien / Krankenhaus-Bakterien? ☐ nein ☐ ja

Sonstiges: Schlaganfall? ☐ nein ☐ ja
Grüner Star (erhöhter Augeninnendruck)? ☐ nein ☐ ja
Künstliche Gelenke? ☐ nein ☐ ja
Sonstige Erkrankungen?

Weitere Angaben: Sind Sie drogen-, medikamenten- oder alkoholabhängig? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, was genau? _____

Rauchen Sie, wenn ja, ca. wie viele Zigaretten/Tag? _____ ☐ nein ☐ ja

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ☐ nein ☐ ja
Wann? _____

Schwangerschaft: Wenn ja, in welcher Woche? _____ ☐ nein ☐ ja

Leiden Sie an Schlafstörungen mit regelmäßiger Tagesmüdigkeit, insbesondere durch Schnarchen oder Schlafapnoe? ☐ nein ☐ ja

Ort

Datum

Unterschrift Patient / Patientin