

**Dr. André Tautz**  
**Praxis für Zahnmedizin und Prophylaxe**

Pariser – Platz 4 – 81667 München  
Telefon: 089 486684 – Telefax: 089 6886001

---

**Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis,**

wir freuen uns, dass Sie zu uns gefunden haben und uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Bevor wir uns in Ruhe Ihrem Anliegen widmen können, benötigen wir noch Angaben zu Ihrer Person und Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist notwendig, um Ihnen eine richtige und risikofreie Behandlung zu gewährleisten. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht  
Wenn Sie Schwierigkeiten mit dem Ausfüllen des Bogens haben, dann helfen wir Ihnen gerne weiter.

**Ihre Angaben:**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
Email-Adresse: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der Versicherte?  
Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse, wenn abweichend: \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung erhalten?  
Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
pflichtversichert: ja / nein  
freiwillig versichert: ja / nein  
privat versichert: ja / nein

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein  
Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Auf wessen Empfehlung kommen Sie oder wie wurden Sie auf uns aufmerksam? \_\_\_\_\_

---

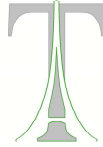
**Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?**

- Kontrolluntersuchung	ja / nein	- Kiefergelenksbeschwerden	ja / nein
- Zahnschmerzen?	ja / nein	- Sind Ihre Zähne gelockert?	ja / nein
- Zahnfleischbluten?	ja / nein	- sonstiges: _____	

**Wünschen Sie Beratung über:**

- Professionelle Zahnreinigung (PZR)?	ja / nein
- Zahnaufhellung (Bleaching)?	ja / nein
- Amalgamaustausch?	ja / nein
- Zahnersatz / Implantate?	ja / nein
- Schöne ästhetische Zähne?	ja / nein

Auf der folgenden Seite erbitten wir Informationen zum Gesundheitszustand, welche der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie uns auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!



**Dr. André Tautz**  
**Praxis für Zahnmedizin und Prophylaxe**

Pariser – Platz 4 – 81667 München  
Telefon: 089 486684 – Telefax: 089 6886001

**Bestehen gesundheitliche Risiken?**

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

Haben Sie einen Allergiepass?		ja / nein
Reagieren Sie allergisch oder überempfindlich auf bestimmte Stoffe oder Medikamente?		ja / nein
wenn ja, welche Allergien bestehen?	_____	
Hatten Sie schon eine Reaktion auf zahnärztliche Spritzen?		ja / nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		ja / nein
-wenn ja, welche?	_____	
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?		ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	Woche	ja / nein

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an:**

Blutgerinnungsstörungen?		ja / nein
Herz-/Kreislaufkrankungen?		ja / nein
Ohnmachtsneigung?		ja / nein
Bluthochdruck oder zu niedrigen Blutdruck?		ja / nein
HIV?		ja / nein
Hepatitis A / B / C?		ja / nein
andere Leberkrankheiten?	_____	ja / nein
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus Typ I oder II)?		ja / nein
Schilddrüsenerkrankung ?		ja / nein
Magen- oder Darmerkrankungen?	_____	ja / nein
Nierenerkrankungen?		ja / nein
Ist eine Tuberkulose (TBC) bekannt?		ja / nein
Asthma?		ja / nein
Grüner Star (Glaukom)?		ja / nein
Rheuma?		ja / nein
Osteoporose		ja / nein
Anfallsleiden, z.B. Epilepsie?		ja / nein
Rauchen Sie, wenn ja, wieviel?		ja / nein
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?		ja / nein
Sonstige Angaben / andere Krankheiten?	_____	

Wann und in welchem Bereich wurde bei Ihnen das letzte mal ein Röntgenuntersuchung durchgeführt?

Datum: \_\_\_\_\_ Körperteil: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu und willige in die Weiterleitung von Daten an weiterbehandelnde Fachärzte ein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter

Unsere Praxis ist eine reine Bestellpraxis, d.h. für Sie wird der Termin frei gehalten. Bitte sagen Sie mit uns vereinbarte Termine rechtzeitig ab, d.h. mindestens 24h vorher, auch aus Rücksicht auf andere Patienten. Wird ein Termin nicht rechtzeitig abgesagt, so behalten wir uns vor, diesen mit 50€ pro angefangene halbe Behandlungsstunde in Rechnung zu stellen. Dies trifft nicht im Falle eines nachweislich unverschuldetem Nichterscheinen (z.B. Krankheit oder Unfall) zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter