



## Zahnarztpraxis Dr. Dagmar Pennrich-Adamek

Hermann-Löns-Str. 1 | 64521 Groß-Gerau | Tel: 06152 - 39 708 | Fax: 06152 - 711 233  
E-Mail: info@pennrich-adamek.de | www.zahnarztpraxis-gross-gerau.de

# Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

## Pat. Nr.

(wird von uns ausgefüllt)

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient

Name

Vorname

Geburtsdatum

### Mitglied

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl

Ort

Handy

E-Mail

Telefon privat + beruflich

Krankenkasse

Name und Sitz der KK bzw.  
-versicherung

Privatpatient  Basis-Tarif

Kassenpatient

Freiwillige Angaben, die zum Beispiel bei einer Terminverlegung für uns hilfreich sein können.

Beruf

Arbeitgeber

**Wichtiger Hinweis für Kassenpatienten:** Bitte bringen Sie Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in unserer Praxis mit. Liegt uns auch 14 Tage nach der jeweiligen Behandlung Ihre Krankenversicherungskarte nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatienten. Sie erhalten dann eine verbindliche Rechnung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ).

**Wichtiger Hinweis für Kassen- und Privatpatienten:** Wir sind immer bemüht, Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sein sollten, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherungen nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass Schmerzpatienten in die Terminplanung einbezogen werden müssen und es dadurch zu Wartezeiten kommen kann.



**Lesen Sie bitte zum Schutz Ihrer Gesundheit die folgenden Fragen sorgfältig durch und kreuzen Sie das Zutreffende an!**

Name, Anschrift und Telefonnummer vom Hausarzt

**Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?**

**Herz**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zustand nach Infarkt | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz              |
| <input type="checkbox"/> Muskelentzündung     | <input type="checkbox"/> Verengung der Herzkranzgefäße |
| <input type="checkbox"/> Rhythmusstörung      | <input type="checkbox"/> Bypassoperation               |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz    | <input type="checkbox"/> Schrittmacher                 |

**Kreislauf**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck          |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris     | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall        |   |

**Erkrankung  
des Blutbilden-  
den Systems**

- |                                    |                                 |
|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blutarmut | <input type="checkbox"/> Bluter |
|------------------------------------|---------------------------------|

**Augen**

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grauer Star | <input type="checkbox"/> Grüner Star |
|--------------------------------------|--------------------------------------|

**Atmungswege/  
Lunge**

- |                                 |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Bronchitis |
|---------------------------------|-------------------------------------|

**Magen-Darm-  
Trakt**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Magenerkrankung | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung |
|--|---|

**Blasen-Nieren**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blasenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Dialyse          |   |

**Leber**

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
|------------------------------------|------------------------------------|

**Bewegungs-  
apparat**

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> rheumatoide Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Gicht  |  |

**Zentrales Ner-  
vensystem**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle |  |
|---|--|

**Veget. Nerven-  
system**

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne |
|--|----------------------------------|



## Zahnarztpraxis Dr. Dagmar Pennrich-Adamek

Hermann-Löns-Str. 1 | 64521 Groß-Gerau | Tel: 06152 - 39 708 | Fax: 06152 - 711 233  
E-Mail: info@pennrich-adamek.de | www.zahnarztpraxis-gross-gerau.de

### Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit       Schilddrüsenüberfunktion  
 Schilddrüsenunterfunktion

### Leiden Sie an folgenden Erkrankungen

- Haut/Geschlechtskrankheit  
 HIV bzw. AIDS, Tuberkulose  
 Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)  
 Röteln, Mumps, Masern, Scharlach      Zutreffendes unterstreichen!

### Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Arzt

Ort

### Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

Haben Sie einen Pflegegrad?

- Nein     Ja

Haben Sie eine Schwerbehinderung?

- Nein     Ja    % Prozent

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

- Nein     Ja    Welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Nein     Ja    Welche?

Nehmen sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?

- Nein     Ja    Welche?

Sind sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

- Nein     Ja    Welche?



## Zahnarztpraxis Dr. Dagmar Pennrich-Adamek

Hermann-Löns-Str. 1 | 64521 Groß-Gerau | Tel: 06152 - 39 708 | Fax: 06152 - 711 233  
E-Mail: info@pennrich-adamek.de | www.zahnarztpraxis-gross-gerau.de

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Nein  Ja Wenn ja, bitte um Vorlage

---

Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Nein  Ja Welche?

---

Sind Sie zurzeit schwanger?

Nein  Ja In welchem Monat?

---

Keine Krankheiten bekannt

### Weitere administrativ wichtige Informationen:

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 10 Jahre)

Nein  Ja

Möchten Sie von uns an Ihre allgemeinen bzw. individuellen Kontrolltermine erinnert werden?

Nein  Ja Wenn ja:  Brief  E-Mail

Gibt es Zahnröntgenbilder von Ihnen, die nicht älter als ein halbes Jahr sind?

Nein  Ja

### Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Sollte sich im Laufe der Behandlung Ihr Gesundheitszustand durch Krankheit oder ärztliche Behandlung ändern, bitten wir vor Weiterbehandlung um Mitteilung, damit wir die Veränderungen Ihres Gesundheitszustands berücksichtigen können!

Wir möchten uns bedanken, dass Sie die Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet haben.

### Freiwillige Angaben:

Ferner bitten wir um Mitteilung, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam wurden:

Telefonbuch  Praxisschild  Empfehlung  Homepage  Sonstiges

### Ihre Interessen:

Implantologie  Ästhetik  Prophylaxe  Hypnose  Akupunktur

Datum

Unterschrift des Patienten bzw.  
Erziehungsberechtigten bzw. Betreuer