

**Dr. Ingo Scheile**  
Schwerpunkt Implantologie/Parodontologie

**Dr. Nora Scheile**  
Schwerpunkt Endodontie (Wurzelbehandlung)



Kirchtruderinger Str. 22  
81829 München

Tel. 089 – 420 448 66  
Fax 089 – 420 448 67

[www.zahnarzt-trudering.de](http://www.zahnarzt-trudering.de)

## Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis!

Bevor wir uns aber in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte Seite 1 – 2 vollständig ausfüllen. Vielen Dank.

Nachname, Vorname (Patient)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefon (privat / mobil)	Telefon (geschäftlich)
E-Mail	z.Zt. ausgeübter Beruf / Arbeitgeber
Name der Krankenkasse	Zusatzversicherung bei Kasse/Basistarif bzw. Beihilfe bei Privat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Versicherte Person bei Familienmitgliedschaft bzw. Rechnungsempfänger bei Minderjährigen:

Nachname, Vorname (Versicherte Person bzw. Rechnungsempfänger)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:**

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen:</b>		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Endokarditisprophylaxe?
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Infektionserkrankungen:</b>		
HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Internes Kürzel: \_\_\_\_\_

*Bitte wenden!*

Tuberkulose  Ja  Nein  
Andere:

---

### Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika  Ja  Nein  
Schmerzmittel  Ja  Nein  
Antibiotika  Ja  Nein Wenn ja, Medikamentenname?  
Andere:

---

### Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein  
Asthma  Ja  Nein  
Lungenerkrankung  Ja  Nein Wenn ja, welche?  
Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein  
Rheuma  Ja  Nein  
Epilepsie  Ja  Nein  
Operationen z. B. Gelenkprothese, Hüfte  Ja  Nein Wenn ja, welche?  
Diabetes  Ja  Nein  
Augenerkrankung  Ja  Nein Wenn ja, welche?  
Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein  
Ohnmachtsneigung  Ja  Nein  
Andere:

---

### Allgemeine Angaben:

Raucher  Ja  Nein Wenn ja,  0-10  über 10 Zigaretten/Tag  
Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein Wenn ja, welche? / Name und Dosierung  
  
Schwangerschaft  Ja  Nein Wenn ja, welche Woche?  
Recall (Erinnerungsservice) für Prophylaxe  Ja  Nein  Email  Brief

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

---

### Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden laut § 615 (Vergütung bei Annahmeverzug und bei Betriebsrisiko).
- Ich bin einverstanden, dass Materialien die Fluor enthalten bei mir verwendet werden dürfen. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, streichen Sie bitte diesen Satz.

---

Datum

Unterschriften Patient / Erziehungsberechtigter