

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

* Bitte vergessen Sie nicht, am Ende zu unterschreiben.* Danke für Ihre Mitarbeit.

Patientendaten

Name des Patienten: _____

geb. am: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert **ja** [] **nein** []

Freiwillig versichert **ja** [] **nein** []

Haben Sie eine private Zusatzversicherung **ja** [] **nein** []

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [] **nein** []

Telefon: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail Adresse: _____

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten ? _____

Versicherter: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Patient: _____

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Wie heißt Ihr aktueller Hausarzt ?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja [] nein []

Wie heißen Ihre regelmäßig eingenommenen Medikamente ? :

Herzerkrankung ja [] nein []

Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen ja [] nein []

Schlaganfall ja [] nein []

Niedriger Blutdruck ja [] nein []

Hoher Blutdruck ja [] nein []

Marcumar / Gerinnungshemmer ja [] nein []

Blutungsneigung / Bluterkrankung ja [] nein []

Diabetes ja [] nein []

Ohnmachtsneigung ja [] nein []

Allergien ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja [] nein []

Wenn ja, bei welchen?

Rheuma ja [] nein []

Schilddrüsenerkrankung ja [] nein []

Lebererkrankung (Hepatitis) ja [] nein []

Nierenerkrankung ja [] nein []

Lungenerkrankung / Asthma ja [] nein []

HIV/Aids? ja [] nein []

Epilepsie ja [] nein []

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Sind Sie Raucher? ja [] nein []

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja [] nein []

Wenn ja, in welchem Monat?

Der Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung ja [] nein []

Zahnschmerzen ja [] nein []

Zahnfleischbluten ja [] nein []

Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen ja [] nein []

Kiefergelenkbeschwerden ja [] nein []

Knirschen ja [] nein []

Mundgeruch ja [] nein []

Patient: _____

Sie sind uns wichtig

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? Empfehlung o.Ä. ?

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Sollten wir bei Ihnen einen neuen Zahnersatz einsetzen, so gilt zwischen dem Behandler und Ihnen als vereinbart, dass der Behandler berechtigt ist, seine Auslagen für die von ihm vorab bezahlten Laborkosten vor Eingliederung des Zahnersatzes ganz oder teilweise vorschussweise zu fordern.

Weiter weisen wir Sie darauf hin, dass wir eine Bestellpraxis führen. Sollten Sie einmal Termin nicht einhalten können, bitten wir um BENACHRICHTIGUNG mdst. 24 Std. VORHER! Anderenfalls wären wir berechtigt, Ihnen die auch für die Behandlung anderer Patienten ausgefallene Zeit in RECHNUNG zu stellen!

Bitte vermeiden Sie dies auch in Ihrem Interesse durch rechtzeitige Absage! Danke.

Datenschutz

Ihre Daten liegen uns am Herzen, ebenso wie Ihre Gesundheit. Um Ihnen eine bestmögliche Behandlung zu ermöglichen, bitten wir Sie daher, uns durch Ihre Unterschrift die Einwilligung zur Weitergabe Ihrer Daten an Kollegen und Labore, welche direkt an Ihrer Behandlung beteiligt sind, zu erlauben. Vielen Dank

Datum _____

Unterschrift _____