



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Um eine risikoarme und adäquate zahnmedizinische Betreuung erzielen zu können, benötigen wir, neben Ihren Personalien, auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie dazu ebenfalls die Fragen auf der Rückseite aus.

Vorname

Vorname Rechnungsempfänger

Nachname

Nachname Rechnungsempfänger

Geburtsdatum

Geburtsort

Rechnungsanschrift

Anschrift

Hausarzt / Ort / Telefon

PLZ Ort

Kranken- und Zusatzversicherung

Telefon privat

Telefon mobil

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

Was ist der Grund Ihres heutigen Besuchs?

Untersuchung / Prophylaxe

Kopfschmerzen / Migräne

Zahnschmerzen

Kiefergelenksbeschwerden

Zahnfleischbluten / Mundgeruch

Überweisung zwecks chir. Beh.

Sonstiges: _____

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen

Starke Schmerzempfindlichkeit

Sonstiges: _____

Pflegegrad nach §15 SGB XI

Ja Nein

Eingliederungshilfe nach §53 SGB XII Ja Nein

Haben Sie einen Beratungswunsch?

Professionelle Zahnreinigung

Bleaching

Keramikrestaurationen

Ernährungsfragen

Implantate

Kieferorthopädische Behandlung

Sonstiges: _____

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um eine für Sie möglichst schonende und risikoarne Behandlung gewährleisten zu können, benötigen wir Ihre Mitarbeit! Die nachfolgenden Fragen dienen der notwendigen Aktualisierung Ihrer Daten.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!

Besteht bei Ihnen eine...

...Herz-/Kreislauferkrankung/hoher oder niedriger Blutdruck/Herz-OP

Ja Nein

...Blutungsneigung / Blutgerinnungsstörungen

Ja Nein

...erhöhter Augeninnendruck?

Ja Nein

...Lebererkrankung?

Ja Nein

...Nierenerkrankung?

Ja Nein

...Lungenerkrankung (Asthma)?

Ja Nein

...Magen-/Darmerkrankung?

Ja Nein

...Epilepsie?

Ja Nein

...Zuckerkrankheit (Diabetes)?

Ja Nein

...Schilddrüsenerkrankung?

Ja Nein

...Nasen- Nebenhöhlerkrankung?

Ja Nein

...Infektionserkrankung (Tbc, Hepatitis, HIV)?

Ja Nein

Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Medikamentenplan?

Ja Nein

Reagieren Sie allergisch auf Medikamente?

Ja Nein

Wenn ja, auf welche? _____

Rauchen/ Dampfen Sie?

Ja Nein

Wenn ja, was und wieviel? _____

Hatten Sie einen Unfall mit resultierenden Verletzungen im Kopf-Hals-Bereich?

Ja Nein

An unsere Patientinnen: Besteht bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

unsere Praxis ist eine Terminpraxis. Das heißt, wir reservieren Ihren Wunschtermin ausschließlich für Sie. Wir bemühen uns, diesen Termin pünktlich einzuhalten. Natürlich ist das Einhalten des Termins auch abhängig vom pünktlichen Erscheinen des Patienten vor Ihnen. Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie bitte 24 Stunden vorher ab, damit wir den Termin weitervergeben können. Wir behalten uns vor, für Sie reservierte und nicht abgesagte Termine in Rechnung zu stellen. Im Falle des Nichtverschulden bitten wir Sie, uns die Gründe unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

Datum _____

Unterschrift _____