

Patient/in: _____

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahn-/medizinischen 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.

Patientendaten

Name: _____

Geb.am: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Krankenkasse angeben:

Pflichtversichert? ja [] nein []

Freiwillig versichert? ja [] nein []

Privat zahnärztlich zusatzversichert? ja [] nein []

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

Liegt ein Pflegegrad vor? ja [] nein [] Wenn ja, welcher? _____

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Standardtarif? ja [] nein []

Basistarif? ja [] nein []

Studentisch versichert? ja [] nein []

Beihilfeberechtigt? ja [] nein []

Telefon privat: _____

Telefon Büro: _____

Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen):

Rechnung an Patient/in [] Versicherten []

Name: _____

Geb. am: _____

Anschrift: _____

Weitere Angaben:

Beruf: _____

Arbeitgeber /Anschrift: _____

Patient/in: _____

Ihr persönlicher Gesundheitscheck:

Herzerkrankung	ja []	nein []
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappe	ja []	nein []
Hoher Blutdruck	ja []	nein []
Niedriger Blutdruck	ja []	nein []
Ohnmachtsneigung	ja []	nein []
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja []	nein []
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja []	nein []
Rheuma	ja []	nein []
Diabetes	ja []	nein []
Schilddrüsenerkrankung	ja []	nein []
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja []	nein []
Magen- / Darmerkrankung	ja []	nein []
Nierenerkrankung	ja []	nein []
Lungenerkrankung / Asthma	ja []	nein []
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja []	nein []
Epilepsie	ja []	nein []
Auge/Glaukom	ja []	nein []

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

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien? ja [] nein []

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja [] nein []

Wenn ja, welche? _____

Reagieren Sie auf Medikamente allergisch? ja [] nein []

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie Raucher/in? ja [] nein []

Wenn ja, wie viele? _____

Für unsere Patientinnen: Sind sie schwanger? ja [] nein []

Wenn ja, welche Woche? _____

Grund Ihres Besuches:

Kontrolluntersuchung	ja []	nein []
Zahnschmerzen	ja []	nein []
Zahnfleischbluten	ja []	nein []
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja []	nein []
Kiefergelenkbeschwerden	ja []	nein []
Knirschen	ja []	nein []
Mundgeruch	ja []	nein []
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	ja []	nein []

Sonstiges: _____

Patient/in: _____

Sie sind uns wichtig!

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja []	nein []
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja []	nein []
Starker Würgereiz	ja []	nein []

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Beratungswunsch:

Professionelle Zahnreinigung	ja []	nein []
Weißer Zähne (Bleaching)	ja []	nein []
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja []	nein []
Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja []	nein []
Austattung Verträglichkeit Füllungsmaterialien	ja []	nein []
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	ja []	nein []
Ernährungsfragen	ja []	nein []
Implantate / Implantatversorgung	ja []	nein []

Sonstiges: _____

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden?

ja [] nein []

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

per Post [] per E-Mail []

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

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich 24 Stunden vorher absagen, da mir ansonsten die Kosten durch mein Fernbleiben in Rechnung gestellt werden können.

Datum Unterschrift _____