

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.

Patientendaten

Name des Patienten: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____ Haben Sie eine Zusatzversicherung? **Ja [] Nein []**

Telefon: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Versichertendaten (sofern Sie über ein anderes Familienmitglied versichert sind)

Versicherter: _____ geb. am : _____

Anschrift: _____

persönlicher Gesundheitszustand

Herzerkrankung/Herzschrittmacher/ Künstl. Herzklappe **Ja [] Nein []**

Hoher / Niedriger Blutdruck **Ja [] Nein []**

Marcumar/Gerinnungshemmer **Ja [] Nein []**

Rheuma **Ja [] Nein []** Diabetes **Ja [] Nein []**

Nierenerkrankungen **Ja [] Nein []** Epilepsie **Ja [] Nein []**

Lungenerkrankung **Ja [] Nein []**

Infektiöse Erkrankungen:

Lebererkrankung (Hepatitis) **Ja [] Nein []**

AIDS **Ja [] Nein []**

Tuberkulose **Ja [] Nein []**

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika / Spritzen **Ja [] Nein []**

Antibiotika **Ja [] Nein []**

Falls ja, welche? _____

► Bitte wenden

Haben Sie Osteoporose?	Ja []	Nein []
Wenn ja, nehmen Sie Bisphosphonate?	Ja []	Nein []
Haben Sie sonstige Erkrankungen?	Ja []	Nein []
Falls ja, welche?	_____	
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	_____	
Sind Sie Raucher?	Ja []	Nein []
Für weibliche Patienten:		
Besteht eine Schwangerschaft?	Ja [] Welcher Monat? _____	Nein []

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 []
Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?	_____	

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	Ja []	Nein []
Weißer Zähne (Bleaching)	Ja []	Nein []
Zahnersatz (Brücken, Kronen, Prothesen)	Ja []	Nein []
Zahnfarbene Keramikfüllungen/Amalgamsanierung	Ja []	Nein []
Ernährungsfragen	Ja []	Nein []
Implantate/Implantatversorgung	Ja []	Nein []
Sonstiges	_____	

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet für Sie aber auch, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie den Termin bitte spätestens 24 Stunden vorher ab, Prothetik und OP-Termine bitte 3 Tage vorher. Wir können die dadurch entstandenen Lücken sonst nicht kurzfristig belegen und sind berechtigt, Ihnen diese Ausfallzeit in Rechnung zu stellen. (§§304, 615 BGB).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten