

Herzlich Willkommen in meiner Praxis!

Zahnärztin



Bevor ich mich in Ruhe mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten kann, benötige ich neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben:

Patient:

Herr/ Frau/ Kind Nachname Vorname/ Titel geboren am

Versicherter:

falls abweichend Nachname Vorname/ Titel geboren am

Anschrift:

Straße/ Hausnummer PLZ/ Wohnort Telefonnummer privat

E-Mail Beruf/ Arbeitgeber Telefonnummer dienstlich

Name des Hausarztes Anschrift Telefonnummer

Krankenkasse: _____ gesetzlich versichert privat versichert
 private Zusatzversicherung Beihilfe

Gesundheitszustand:

Nervenerkrankung/ Depression	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Osteoporoseerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rheuma/ Gelenksbeschwerden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Raucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Asthma/ Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja welche? _____	
Suchterkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja welche? _____	
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Endokarditisprohylaxe nötig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja welcher? _____	

Infektiöse Erkrankungen:

Lebererkrankung/ Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
HIV-Infektion/ AIDS	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
andere Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja welche? _____	

Bitte wenden!

Allergien (Allergiepass) bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie Ja Nein Antibiotika Ja Nein
 Schmerzmittel Ja Nein Sonstiges: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit?

Nehmen Sie Blutverdünnende Medikamente? (z. B. Marcumar/ ASS ect.) Ja Nein

- Welchen INR Wert haben Sie? _____

Tumorerkrankung Ja Nein
 Wenn ja, welche? _____

Erhalten Sie eine Bisphosphonatbehandlung (Osteoporose, Tumortherapie)? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

- Wenn ja, in welchem Monat? _____ Monat

- Stillen Sie? Ja Nein

Wünschen Sie von mir an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

Ja Nein

Eine letzte Frage:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Ich bin immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitte ich Sie vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Ich bin berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach BGB §615 in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die mich mit akuten Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es manchmal zu Verzögerungen kommen.

Für Kassenpatienten:

Ich benötige vor Behandlungsbeginn Ihre Krankenversicherungskarte (zu Beginn jedes Quartals). Liegt mir diese innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung nicht vor, so muss ich Sie als Privatpatienten betrachten und Sie erhalten eine Rechnung nach der Gebührenordnung der Zahnärztlichen GOZ.