

Willkommen in unserer Praxis



Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen. Er kommt zu Ihren persönlichen Unterlagen. Bitte beachten Sie, daß diese Angaben auf das strengste der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.

PATIENT

Name, Vorname: Geb.-Datum: Geschlecht: m w
Straße: PLZ/Ort:
Telefon / mobil: Telefon (geschäftlich)
E-Mail Beruf /Arbeitgeber
Krankenkasse: Gesetzlich versichert
 Privat versichert nicht im Basistarif
 Privat versichert - Basistarif

► Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Name, Vorname: Geb.-Datum:
Straße: PLZ/Ort:

► Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

.....
Datum

.....
Erziehungsberechtigte/r

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

► Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer persönlichen Daten immer umgehend mit.

Nur für gesetzlich krankenversicherte Patienten

- Ich möchte gerne über Ihr umfassendes Programm zur Gesunderhaltung der Zähne informiert werden.
- Ich bin an neueren und besseren zahnmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten interessiert, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden.
- Ich möchte ausschließlich Leistungen in Anspruch nehmen, die von meiner Krankenkasse übernommen werden.

Ich komme zu Ihnen wegen:

- akuten Beschwerden Andere Gründe:
- Routinekontrolle

Letzter Zahnarztbesuch: Vorbehandler:

Letzte Röntgenaufnahme der Zähne:

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Herz und Kreislauferkrankungen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stehen Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung | <input type="checkbox"/> Herz-/Gefäßoperation |
| <input type="checkbox"/> Behandelnder Arzt (mit Fachrichtung) | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung (Hämophilie) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Blutarmut (Anämie) |
| <input type="checkbox"/> Wegen welcher Erkrankung werden Sie behandelt? | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Zu niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> Zu hoher Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Haben Sie einen Herzschrittmacher o.ä.? |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie jemals Bisphosphonate genommen? | |

Allergien

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antibiotika | <input type="checkbox"/> Besitzen Sie einen Allergie-Pass? |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit gegen: | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Zu niedriger Blutdruck |

Infektionskrankheiten

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis) (A B C) | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV positiv) |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Sonstige Erkrankungen, wie z.B.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen/epileptische Anfälle |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes)? Welcher Typ? | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Magen und Darmerkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Wurden Sie in den letzten 12 Monaten operiert? | <input type="checkbox"/> Sind Sie Raucher? |
| <input type="checkbox"/> Sind oder waren Sie süchtig?
(Tabletten, Alkohol, Drogen) | |

Für Patientinnen:

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sind Sie schwanger? | Stillen Sie zur Zeit? |
| <input type="checkbox"/> Welcher Monat? | <input type="checkbox"/> Pille? |

►► Teilen Sie uns auch bitte in Zukunft mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß die mir seitens der og. Zahnarztpraxis gestellten Rechnungen bis auf Widerruf, unter Weitergabe der dafür erforderlichen Daten, an eine der Verrechnungsstelle abgetreten werden können oder bei Zahlungsverzug an ein zugelassenes Inkasso-Unternehmen zum Einzug weitergegeben werden dürfen.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert. Sie unterliegen aber den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

.....
Datum

.....
Unterschrift

►► Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen!

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Bedenken Sie bitte, daß Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.