

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine individuelle und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient: Name: _____ Vorname: _____
Versicherter: Name: _____ Vorname: _____
Anschrift: _____
emailadresse: _____
Telefonnummer/Handy: _____ Geburtsdatum: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Krankenkasse/Versicherung: _____
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung? ja nein
Gibt es Erlebnisse mit zahnärztlicher Behandlung, über die Sie mit uns sprechen möchten? ja nein
Möchten Sie, dass wir Sie über neue Erkenntnisse im Bereich Zahnpflege informieren? ja nein
Wie möchten Sie an Ihre Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?
SMS Email per Anruf nein
Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein

Für privat Versicherte Patienten:
sind Sie im Basistarif versichert? Ja Nein

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen, dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Für Kassenpatienten: Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte zur Abrechnung. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

bitte wenden

Gesundheitsfragebogen

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Anschrift Ihres Hausarztes: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Reagierten Sie jemals überempfindlich auf irgendwelche Substanzen/Arzneien - oder haben Sie Allergien? ja nein

Wenn ja, wogegen? _____

Leiden Sie an Herz-, Kreislaufstörungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an Asthma oder gelegentlicher Atmenot? ja nein

Ist Ihnen eine Erkrankung Ihres Blutes bekannt (z. B. Gerinnungsstörungen)? ja nein

Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)? ja nein

Ist Ihre Schilddrüsenfunktion abweichend (Über-/Unterfunktion)? ja nein

Hatten Sie jemals ein Leberleiden (Gelbsucht/Hepatitis)? ja nein

Wenn ja, welcher Art? _____

Sind Sie an einer HIV Infektion erkrankt? ja nein

Waren Sie an Tuberkulose erkrankt? ja nein

Sind Sie von Drogen, Medikamenten oder Alkohol abhängig? ja nein

Leiden Sie an Rheuma, Gelenkschwellungen? ja nein

Leiden Sie oft an Kopfschmerzen oder Verspannungen im Gesichts-/Nackенbereich? ja nein

Wenn ja, wurde eine orthopädische Therapie durchgeführt? ja nein

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein

wenn ja, in welchem Monat? _____

Existieren Röntgenbilder Ihrer Zähne/Kiefer jüngerer Datums? ja nein

Zahnmedizinische Aspekte, über die Sie gern aufgeklärt/informiert werden möchten?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Bitte teilen Sie uns Änderungen sofort mit!

Ort, Datum

Unterschrift