

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten!

Um Sie in unserer Praxis zu behandeln, benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie die Vorder- und Rückseite dieses Blattes aus und geben Sie es uns unterschrieben zurück. Alle Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte beachten Sie, daß wir eine Bestellpraxis führen. Bitte halten sie daher Ihre Termine ein. Im Verhinderungsfall sagen sie bitte spätestens 48 Stunden vorher ab. Leider kann es jedoch trotz Terminvereinbarung zu Wartezeiten kommen, da wir selbstverständlich auch unvorhersehbare Notfälle behandeln.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Ihr

H. Gielicke

Zahnarzt

Persönliche Angaben:

Patient:

Versicherter:
(z.B. Eltern, Ehegatte)

Name Vorname geb.

Anschrift:

Name Vorname geb.

Strasse/Hausnummer:

Telefon:

Postleitzahl Ort

Telefon privat Telefon beruflich Handy

E-Mail:

Krankenkasse:

gesetzliche Krankenkasse Zusatzkrankensversicherung private Krankenversicherung Beihilfe
(Bei Privatversicherten: Basistarif ja nein)

Was ist der **Grund** Ihres Zahnarztbesuches:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit dem Aussehen der Zähne |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobleme | <input type="checkbox"/> sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Zahnlockerung | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Zahnfehlstellungen | <input type="checkbox"/> Probleme mit Zahnersatz | _____ |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz | _____ |

Ich wünsche eine **Beratung** zu

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe) | <input type="checkbox"/> Alternativen zum Amalgam | <input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbehandlung | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbehandlung | <input type="checkbox"/> Zahnaufhellung |
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie (Zahnspange) | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Keramik-Inlays | _____ |
| <input type="checkbox"/> Amalgam-Entfernung | <input type="checkbox"/> Keramik-Kronen und Brücken | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Keramik-Verblendschalen | _____ |

➔ Bitte wenden und auch die Rückseite ausfüllen ... ➔

Auch *Allgemeinerkrankungen* können Auswirkungen auf die Zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? ja nein

Name und Anschrift des behandelnden Arztes/Hausarztes:

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Falls Sie mit ja antworten: bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

	Ja	Nein	
Allergie (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Atemwegserkrankungen (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes (welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Koronare Herzkrankheit/Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
verminderter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Immunmangel-Syndrom (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chronische Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Frühere Operationen? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rauchen Sie? (wenn ja, wie viel?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie Medikamente? (wenn ja welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Weiterhin bin ich über folgende Punkte unterrichtet worden:

- Alle gemachten Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht (§203 StGB)
- Termine, die Sie nicht einhalten können, sollten von Ihnen rechtzeitig, d.h. i.d.R. 48 Stunden vorher abgesagt werden. Für nicht – oder nicht rechtzeitig – abgesagte Termine kann von der Zahnarztpraxis ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt werden.

Zum Abschluss gestatten Sie uns eine Frage: Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung Internet Telefonbuch Gelbe Seiten Sonstiges

ggf. weitere Angaben

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben versichere ich hiermit.

Gründau, den

_____ Datum

_____ Unterschrift (ggf. des Erziehungsberechtigten)



**Ihre Unterschrift
bitte nicht
vergessen**

