

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 adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient
Herr/Frau/Kind: Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum _____

Versichert bei/über: _____

Telefon/Handy; Tel. privat: _____ Handy: _____

Anschrift; Straße: _____ Nr.: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____

Tagsüber erreichbar: _____

Zusatzversicherung: _____

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach GOZ.

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn die Leistung von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen wird?

Ja [] Nein []

Wünschen Sie insbesondere über unsere intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden?

Ja [] Nein []

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

Ja [] Nein []

Wir sind immer 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 gesetzlichen 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.

Datum/Ort: _____

Unterschrift: _____

Anamnese

Ärztliche Behandlung: Stehen sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja [] / Nein []

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt: Name, Adresse, Telefonnummer: _____

Medikamente: Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig ein? _____

Allergien: Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen sie einen Allergiepass? Ja [] / Nein []

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)? Ja [] / Nein []

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Ja [] / Nein []

Herzasthma, Angina pectoris? Ja [] / Nein []

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? Ja [] / Nein []

Sonstiges: _____

Kreislaufkrankungen: Zu hoher Blutdruck? Ja [] / Nein []

Zu niedriger Blutdruck? Ja [] / Nein []

Zustand nach Herzinfarkt? Ja [] / Nein []

Nehmen die gerinnungshemmende Medikamente ein? Ja [] / Nein []

Vegetative Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle? Ja [] / Nein []

Nehmen Sie Aufputzmittel- oder Beruhigungsmittel? Ja [] / Nein []

Sonstiges: _____

Stoffwechsel-Erkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja [] / Nein []

Magen-Darmerkrankungen? Ja [] / Nein []

Schilddrüsenerkrankungen? Ja [] / Nein []

Sonstiges: _____

Erkrankungen des Nervensystems: Epileptiforme Anfälle? Ja [] / Nein []

Krämpfe? Ja [] / Nein []

Sonstiges: _____

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)? Ja [] / Nein []

Blutarmut (Anämie)? Ja [] / Nein []

Sonstiges: _____

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/___)? Ja [] / Nein []

Tuberkulose? Ja [] / Nein []

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Bronchitis, etc. Ja [] / Nein []

Aids? Ja [] / Nein []

Sonstiges: _____

Weitere Angaben: Sind Sie drogen [], alkohol [] oder Nikotinabhängig []? Ja [] / Nein []

Schnarchen Sie? Ja [] / Nein []

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Ja [] / Nein []

Wenn ja, wo? _____

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum/Ort: _____

Unterschrift: _____