

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.

Ihr Praxisteam

Patient/in

Name Vorname Geburtsdatum

Versicherte/r

Name Vorname Geburtsdatum

Straße/Nr. PLZ/Ort Beruf

Telefon privat/beruflich* E-Mail* *freiwillige Angaben

Krankenkasse oder Versicherung:

- Sind Sie im Basistarif versichert? Ja Nein
Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein
Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Durch wen wurden Sie empfohlen?

Wer war Ihr zahnärztlicher Vorbehandler?

Welche Gründe hat Ihr Besuch?

- Kontrolluntersuchung Professionelle Zahnreinigung Zahnschmerzen
 Kiefergelenksbeschwerden Zahnfleischbluten Mundgeruch
 Zahnersatzberatung Zahnästhetische Korrekturen

Sonstiges:

Erinnerung an Vorsorgetermine/Recall

Lieber Patient,
eine optimale Zahngesundheit sowie ein langfristiger Behandlungserfolg kann nur durch regelmäßige Kontrollen erreicht werden. Deshalb haben wir als besonderen Service ein Recall-System eingerichtet, das auf Ihre Bedürfnisse ausgelegt ist und informieren Sie rechtzeitig per E-Mail oder Post.

Dürfen wir Sie in regelmäßigen Abständen an die Vorsorgeuntersuchung erinnern? Ja Nein

Allgemeine Erkrankungen

Haben Sie ...

- einen Herzpass? Ja Nein
- einen Herzschrittmacher? Ja Nein
- Bluthochdruck? Ja Nein
- Kreislauferkrankungen? Ja Nein
- Diabetes (Zuckerkrankheit)? Ja Nein
- Atemwegserkrankungen? Ja Nein
- Hepatitis? Ja Nein
- HIV-Infektion? Ja Nein
- andere schwere Erkrankungen? Ja Nein
- einen Allergiepass? Ja Nein

wenn ja, welche?

Bitte legen Sie uns diesen vor!

Hatten Sie jemals ...

- eine ungewöhnliche Reaktion auf Medikamente / nach einer Spritze? Ja Nein
- Schwierigkeiten mit langen Blutungen? Ja Nein
- eine Krebserkrankung? Ja Nein
- eine Bisphosphonattherapie? Ja Nein
- eine allergische Reaktion? Ja Nein
- Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

wenn ja, bei welchem Präparat?

worauf?

Ärztliche Behandlung

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt/Facharzt

Name

Telefon

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand oder Medikamente ändern. Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können die Reaktionsfähigkeit beeinträchtigen. Die aktive Teilnahme am Straßenverkehr nach Lokalanästhesie geschieht auf eigene Verantwortung.

Wir arbeiten in der Praxis ausschließlich nach einem strikten Bestellsystem, um Wartezeiten zu vermeiden. Für akute Notfälle gib es spezielle Sprechzeiten. Die vergebenen Termine sind somit ausschließlich für Sie reserviert. Sollten Sie deshalb einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Im Falle eines unentschuldigtem Fehlens behalten wir uns vor, ein Honorar nach § 615 BGB, § 287 ZPO für den Ausfall in Rechnung zu stellen. Bitte haben Sie Verständnis, dass nach mehrmaligem Nichterscheinen ohne rechtzeitige Absage keine Termine mehr vergeben werden können.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Vertreter, Nachfolger oder Assistent Einsicht in meine Behandlungsunterlagen erhält.

Datum

Unterschrift (Patient oder gesetzlicher Vertreter)