

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patient/-innen,
 bevor wir uns in Ruhe über Ihr zahnmedizinisches Anliegen unterhalten, benötigen wir außer Ihren Personalien auch
 Auskünfte über ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese Angaben benötigen wir für eine umfassende Diagnose und
 dienen als Grundvoraussetzung einer wirkungsvollen und risikofreien Therapie. Wir behandeln alle Daten der ärztlichen
 Schweigepflicht entsprechend vertraulich.

Patient

Name Vorname geb.

Straße/Hausnummer Telefon

Postleitzahl/Ort Mobil-Tel. NR.

E-Mail

Versicherte

Name Vorname geb.

Straße/Hausnummer Telefon

Postleitzahl/Ort Mobil-Tel. NR.

E-Mail

Krankenkasse

gesetzlich* freiwillig privat beihilfeberechtigt Zusatzversichert

*Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten

a) Asthma TBC
 Zuckererkrankung Lebererkrankung
 Rheuma Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
 Bluterkrankung Anfallsleiden (Epilepsie)
 Blutgerinnungsstörung Schilddrüsenerkrankung
 HIV-Infektion Sonstiges

wenn ja, seit wann?

b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit

Von Medikamenten bzw. Materialien nein wenn ja, welche

c) Herzinfarkt

Nehmen Sie Antikoagulantien? ja nein wenn ja, welche

(Blutverdünner)

Schlaganfall nein

Lähmungen nein ggf. wann?

Hausarzt

bitte beachten Sie die Rückseite

d) Blutdruck

- niedrig
- normal
- hoch

ggf. Werte

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher ja nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ja nein

Wenn ja, welche

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein wievielte Woche

5. Tragen Sie Zahnersatz? (Kronen, Brücken, Prothesen) Wie alt ist dieser Zahnersatz?

6. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? ungefähr

7. Leiden Sie an Kopfschmerzen? ja nein

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein

Haben Sie morgens Kiefergelenkschmerzen? ja nein

Leiden Sie häufig an Herpes oder Aphthen? ja nein

8. Rauchen Sie? ja nein wenn ja, wieviel

Der Grund Ihres Besuches ist? Schmerzen Beratung und Therapieplanung zur Kontrolle

Noch einige Fragen für eine persönliche und erfolgreiche Zusammenarbeit!

Haben Sie viel Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung? ja nein

Wünschen Sie eine Benachrichtigung zu Ihrer Kontrolluntersuchung? ja nein

Möchten Sie über moderne uns schonende Behandlungsmethoden informiert werden? ja nein

Haben Sie Interesse an einem Prophylaxe Programm, dass Sie vor Karies- und Zahn-? ja nein

Fleischerkrankungen schützt? ja nein

Interessieren Sie sich für kosmetische Maßnahmen, die Ästhetik Ihrer Zähne hervorheben? ja nein

Wann waren Sie das letzte Mal bei Zahnarzt?

Was machen Sie beruflich?

Wie/durch, wenn sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Bitte beachten Sie: Die örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Ihre Fahrtüchtigkeit für 3-4 Stunden verloren geht und für 24 Stunden eingeschränkt ist. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungstermin.

Hinweis zur Organisation:

Unsere Praxis ist nach einem Bestellsystem organisiert. Dadurch ersparen Sie sich lange Wartezeiten. Wir sind somit zum vereinbarten Termin für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich! Sollten Sie einmal verhindert sein, bitten wir darum mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, da wir Ihnen sonst ein Ausfallhonorar (50 € pro 15 Minuten) berechnen müssen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben.

Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Ihr Praxisteam Zahnkultur-Edeweicht, Katja Hübner