

HERZLICH WILLKOMMEN!

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dieses ist wichtig für eine risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTENDATEN

Name des Patienten:
geboren am:
Anschrift:
Name der Krankenkasse:

Bitte bei **gesetzlicher Krankenkasse** angeben:

pflichtversichert ja nein
freiwillig versichert ja nein
Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ja nein
Haben Sie eine Kostenerstattung gewählt? ja nein

Bitte bei einer **Privatversicherung** angeben:

Standardtarif? ja nein
Studentisch versichert? ja nein
beihilfeberechtigt? ja nein

Telefon:
Telefax:
Mobil:
Büro:
E-Mail-Adresse:
Beruf:
Arbeitgeber:

VERSICHERTENDATEN (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten?

Versicherter:
geboren am:
Anschrift:

WEITERE ANGABEN

Wie möchten Sie an Ihre Termine erinnert werden? telefonisch per Brief per E-Mail

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

IHR PERSÖNLICHER GESUNDHEITSCHECK

Herzerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher/künstl. Herzklappen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Marcumar/Gerinnungshemmer	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blutungsneigung/Bluterkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Rheuma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Diabetes	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magen-/Darmerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung/Asthma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen (z.B. HIV-Infektion, andere Autoimmunerkrankungen)? ja nein

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente empfindlich? ja nein

Wenn ja, welche?

Sind Sie Raucher? ja nein

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

Nehmen Sie die „Pille“?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bekommen Sie eine Hormontherapie?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Oder Bisphosphonattherapie bei Tumor- oder Osteoporoseerkrankung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welchem Monat?	<input type="text"/>	

GRUND IHRES BESUCHS

Kontrolluntersuchung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zahnschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten/Mundgeruch	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Migräne/Kopf-/Nackenschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kiefergelenksbeschwerden/Knirschen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Sonstiges?

SIE SIND UNS WICHTIG

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Starker Würgereiz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Was haben Sie bei Ihrem Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

BERATUNGSWUNSCH

Professionelle Zahnreinigung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zahnästhetik/Kosmetik/Ihr Lächeln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kieferorthopädische Behandlung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Amalgamsanierung/Quecksilberausleitung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zahnhalbfüllungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hypnosebehandlung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Implantate/Implantatversorgung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Sonstiges?

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Ich erteile meine Zustimmung zur elektronischen Datenübermittlung z.B. Übermittlung von Röntgenaufnahmen.

Datum

Unterschrift