

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir gemeinsam Ihre zahnmedizinischen Anliegen besprechen, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Angaben. Für eine adäquate und risikoarme Behandlung sind vor allem medizinische Informationen wichtig. Bitte wenden Sie sich jederzeit vertrauensvoll an uns, wenn Sie Rückfragen oder Anmerkungen haben. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTENDATEN

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
geboren am	<input type="text"/>	in	<input type="text"/>
Tel. privat	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Tel. mobil	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>	Tel. Arbeit	<input type="text"/>
<input type="text"/>		Arbeitgeber	<input type="text"/>
Straße Arbeitgeber	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Wie sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> mit Zahnzusatzversicherung
<input type="checkbox"/> privat bei	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Standard-Tarif	<input type="checkbox"/> Basis-Tarif <input type="checkbox"/> als Student
Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

VERSICHERTENDATEN (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Schicken Sie die Rechnung bitte an Patienten Versicherten

Versicherter	<input type="text"/>	geboren am	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>

ERKLÄRUNG

Bitte erinnern Sie mich an meinen nächsten Vorsorgetermin per

Post E-Mail Telefon (Mehrfachnennung möglich).

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.

Meckenheim, den _____ Unterschrift _____



PATIENT

Vorname

Name

GRUND IHRES BESUCHS

- Zahnschmerzen N J
- Kontrolluntersuchung N J
- Zahnfleischbluten N J
- Kopf- und Nackenschmerzen N J
- Kiefergelenkbeschwerden N J
- Knirschen N J
- Mundgeruch N J
- Sonstiges N J

SIE SIND UNS WICHTIG

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

- Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen N J
- Starke Schmerzempfindlichkeit N J
- Starker Würgereiz N J
- Sonstiges N J

Was haben Sie bei früheren Zahnarztbesuchen vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

BERATUNGSWUNSCH

- Professionelle Zahnreinigung N J
- Weißer Zähne (Bleaching) N J
- Zahnästhetik / Kosmetik / Schönes Lächeln N J
- Zahnfarbene Keramikfüllungen N J
- Kieferorthopädische Behandlung N J
- Testen verträglicher Füllungsmaterialien N J
- Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung N J
- Ernährungsfragen N J
- Implantate/Implantatversorgung N J
- Sonstiges N J

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.

GESUNDHEITSFragen

- Herzerkrankung N J
- Herzschrittmacher N J
- Künstliche Herzklappen N J
- Hoher Blutdruck N J
- Niedriger Blutdruck N J
- Ohnmachtsneigung N J
- Blutungsneigung/Bluterkrankung N J
- Rheuma N J
- Diabetes N J
- Schilddrüsenerkrankung N J
- Lebererkrankung (z. B. Hepatitis) N J
- Magen-/Darmerkrankung N J
- Nierenerkrankung N J
- Lungenerkrankung (z. B. Asthma) N J
- Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung N J
- Epilepsie N J

Haben Sie eine sonstige Erkrankung? N J
Wenn ja, welche?

Haben Sie eine Allergie? N J
Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?
 Marcumar (Gerinnungshemmer) N J
 ASS (Gerinnungshemmer) N J
 Cortison (Entzündungshemmer) N J
 Bisphosphonat (bei Tumor / Osteoporose) N J
 Sonstige N J

Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente empfindlich? N J
Wenn ja, auf welche?

Sind Sie Raucher? N J
Wenn ja, wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich? _____

Für unsere weiblichen Patienten:
Sind Sie schwanger? N J
Wenn ja, in welchem Monat? _____