
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.

Mitglied

familienversichert bei geb.

Anschrift

Straße Nr. Telefon privat

Postleitzahl Ort

Krankenkasse oder Versicherung

Beruf/Arbeitgeber

Telefon tagsüber

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 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 zahn-
medizinischen Versorgungsleistungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen
nicht oder nur teilweise übernommen werden? Ja Nein

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden? Ja Nein

Haben Sie für die Behandlung einen besonderen Wunsch?
Wenn ja, welchen?

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?
Wenn ja, von wem?

Besitzen Sie Zahnersatz?
Wenn ja, wie alt ist er?

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 Unterschrift

Ärztliche Behandlung

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt/Facharzt

Name

Telefonnummer

Vorhergehender Zahnarzt

Wann waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung?

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Allergien

Gegen welche Materialien/Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Ja Nein

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herzasthma, Angina pectoris, Zustand nach Herzinfarkt?

Ja Nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?

Ja Nein

Zu hoher Blutdruck?

Ja Nein

Zu niedriger Blutdruck?

Ja Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?

Ja Nein

Sonstiges?

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)?

Ja Nein

Magen- Darmerkrankungen?

Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen?

Ja Nein

Sonstiges?

Ja Nein

Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie)?

Ja Nein

Sonstiges?

Infektionskrankheiten

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B)?

Ja Nein

Tuberkulose?

Ja Nein

HIV?

Ja Nein

Sonstiges (z.B. Epilepsie):

Weitere Angaben

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?

Ja Nein

Rauchen Sie?

Ja Nein

Schwangerschaft

Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Röntgen

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?

Ja Nein

Monat/Jahr:

Wünschen Sie einen Röntgenpass ausgestellt zu bekommen?

Ja Nein

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

Bitte beachten Sie, dass Medikamente, auch Betäubungsspritzen, Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können. Sie dürfen nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. In seltenen Fällen kann es durch eine Anästhesie im Unterkiefer zu einer Nervverletzung des Nervus lingualis o. Nervus mandibularis kommen. Dies hätte einen vorübergehenden oder in sehr seltenen Fällen auch dauerhaften Sensibilitätsverlust des jeweiligen Unterkieferbereiches / Zunge zur Folge.

.....
Datum

.....
Unterschrift