

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
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

Patient

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name	Vorname	geb.
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Straße/Hausnummer		Geburtsort
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Postleitzahl / Ort		Telefon
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Arbeitgeber		Mobil-Tel.-Nr.

Versicherter

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name	Vorname	geb.
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Straße/Hausnummer		Telefon
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Postleitzahl / Ort		Mobil-Tel.-Nr.

Krankenkasse

gesetzlich* freiwillig privat beihilfeberechtigt zusatzversichert

privat im BASISTARIF

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

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> TBC |
| <input type="checkbox"/> Zuckererkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> Augenkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Magenprobleme | |

vorheriger Zahnarzt

Hausarzt

wenn ja, seit wann?

b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien /Penicillin Allergiepass ja nein

nein wenn ja, welche?

c) Herzinfarkt / Angina pectoris nein

Nehmen Sie Marcumar? ja nein

Schlaganfall nein

Lähmungen nein ggf. wann?

d) Blutdruck normal niedrig

hoch ggf. Werte?

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

wenn ja, welche?

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 häufig unter Kopfschmerzen? ja nein
Leiden Sie an Zahnfleischbluten? ja nein
Haben Sie morgens Kiefergelenksschmerzen? ja nein
Leiden Sie häufig an Herpes oder Aphthen? ja nein
-
8. Rauchen Sie? ja nein wenn ja, wieviele?

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 Behandlungsterminen.

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

Nur noch einige Fragen für eine persönliche und erfolgreiche Zusammenarbeit

- Haben Sie viel Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung? ja nein viel 5 bis wenig 1
- Möchten Sie über moderne und schonende Behandlungsmethoden informiert werden? ja nein
- Haben Sie Interesse an einem Prophylaxeprogramm, das Sie vor Karies- und Zahnfleischerkkrankungen schützt? ja nein
- Sind Sie über die Bedeutung von Zahnfleischerkkrankungen aufgeklärt worden? ja nein
- Interessieren Sie sich für kosmetische Maßnahmen, die die Ästhetik Ihrer Zähne hervorheben? ja nein
- Haben Sie Schlafstörungen? ja nein
- Schnarchen Sie? ja nein
- Wenn ja, mit Aussetzern? ja nein
- Erfolgte eine Behandlung? ja nein

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? _____

Was machen Sie beruflich? _____

Wie/durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Wünschen Sie eine Benachrichtigung zur Vereinbarung eines Kontrolluntersuchungstermines? ja nein

Wünschen Sie eine Benachrichtigung zur Vereinbarung eines Prophylaxe-/ Zahnreinigungstermines? ja nein

Bitte bestätigen Sie uns den Benachrichtigungswunsch mit einer Unterschrift / Einverständniserklärung

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich, telefonisch oder per E-Mail an Vorsorgeuntersuchung und/oder Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Datum Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Hinweis zur Organisation:

Unsere Praxis ist nach einem Bestellsystem organisiert. Dadurch ersparen Sie sich lange Wartezeiten. Wir sind somit zum vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich! Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie vereinbaren. Sollten Sie einmal verhindert sein, bitten wir darum mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Einverständniserklärung bei Behandlung von minderjährigen Patienten

Bei Patienten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist für die Behandlung (außer bei akuten Schmerzbehandlungen) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

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 Dres. Vogeler, Pohl & Zadeh