

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. _____

Mitglied der Krankenkasse:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenversicherung: _____

gesetzlich freiwillig gesetzlich privat Beihilfe Familienversichert

Besteht eine Zahnzusatzversicherung _____

Ihr Hausarzt (Name, Adresse, Telefon): _____

Ihr Hauptanliegen, weshalb Sie heute unsere Praxis aufsuchen: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. Unterstreichen:

Herz-/Kreislaufkrankung Herzklappenerkrankung/-ersatz

Bluthochdruck Herzinfarkt

Niedriger Blutdruck Endokarditis-Prophylaxe

Bypass/Stand/Herzschrittmacher Rheuma, rheumatisches Fieber

Blutgerinnungsstörung Tuberkulose

Immunschwäche (HIV / AIDS) Nierenfunktionsstörung

Lebererkrankung (Gelbsucht, Hep. A, B, C) Augenerkrankung

Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD) Magen-Darm-Erkrankung

Schilddrüsenerkrankung Einnahme von Bisphosphonaten

Diabetes Neigen Sie zur Ohnmacht

Osteoporose Schwangerschaft

Anfallsleiden (Epilepsie) Sonstige Erkrankungen

Rauchen Sie? Nehmen Sie Medikamente ein?
Welche? _____

Allergien (besitzen Sie einen Allergiepass?) _____

welche? _____

Unsere Praxis hat sich das Ziel gesetzt Ihre Zähne gesund zu erhalten – von Anfang an!

Hierzu bieten wir Ihnen ein breites Spektrum an Prophylaxeleistungen, um Ihre gesunden Zähne zu schützen und Ihre Mundgesundheit zu verbessern. Selbstverständlich werden wir, falls es doch einmal nötig sein sollte, auch Ihre erkrankten Zähne sowie Ihr Zahnfleisch optimal therapieren. Im Rahmen dieses Prophylaxekonzeptes bieten wir Ihnen einen **kostenlosen Erinnerungs-Service (Recall) für Kontroll- und Prophylaxe-Termine an.**

Möchten Sie sich für unseren Recall-Service vormerken lassen? ja nein

Ich wünsche eine gezielte Beratung über...

- | | |
|---|---|
| Implantate (künstliche Zahnwurzeln) <input type="checkbox"/> | Professionelle Zahnreinigung <input type="checkbox"/> |
| Zahnersatz <input type="checkbox"/> | Kinderprophylaxe <input type="checkbox"/> |
| Laser-Behandlung <input type="checkbox"/> | Beratung für Schwangere <input type="checkbox"/> |
| Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung) <input type="checkbox"/> | Bleaching (Zahnaufhellung) <input type="checkbox"/> |
| Amalgamaustausch/ - alternativen <input type="checkbox"/> | Angstfreie Behandlung <input type="checkbox"/> |
| Schönes Lächeln – ästhetische Zahnheilkunde <input type="checkbox"/> | Kiefergelenk – Behandlung <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges <input type="checkbox"/> | Ich wünsche eine reine Schmerzbehandlung <input type="checkbox"/> |

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Telefonbuch Internetpräsenz Lage der Praxis

Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten