

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten:	
geb. am:	
Geburtsort:	
Anschrift:	
Name der Krankenkasse:	
Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben: Privat zahnärztlich zusatzversichert?	ja [] nein []
Telefon:	
Fax:	
Mobil:	
Telefon Büro:	
E-Mail-Adresse:	
Beruf:	

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an:	Patienten [] Versicherten []
Versicherter:	
geb. am:	
Anschrift:	
Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden?	ja [] nein []
Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?	[] telefonisch [] schriftlich [] per E-Mail

Patient: _____ **geb. am:** _____

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt und im welchem Bereich?

Herzerkrankung	ja []	nein []
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja []	nein []
Hoher Blutdruck	ja []	nein []
Niedriger Blutdruck	ja []	nein []
Ohnmachtsneigung	ja []	nein []
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja []	nein []
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja []	nein []
Rheuma	ja []	nein []
Diabetes	ja []	nein []
Schilddrüsenerkrankung	ja []	nein []
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja []	nein []
Magen- / Darmerkrankung	ja []	nein []
Nierenerkrankung	ja []	nein []
Lungenerkrankung / Asthma	ja []	nein []
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja []	nein []
Epilepsie	ja []	nein []
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?	ja []	nein []
Wenn ja, welche?		

Allergien	ja []	nein []
Wenn ja, welche?		

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?	ja []	nein []
Wenn ja, bei welchen?		

Sind Sie Raucher?	ja []	nein []
Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?		

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	ja []	nein []
Wenn ja, in welchem Monat?		

Patient: _____ **geb. am:** _____

Grund Ihres Besuch

Kontrolluntersuchung	ja []	nein []
Zahnschmerzen	ja []	nein []
Zahnfleischbluten	ja []	nein []
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja []	nein []
Kiefergelenkbeschwerden	ja []	nein []
Knirschen	ja []	nein []
Mundgeruch	ja []	nein []
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung	ja []	nein []
Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja []	nein []
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja []	nein []
Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?	ja []	nein []

Sie sind uns wichtig

Achtung! Solange die Betäubung wirkt, nichts essen und heiß trinken wegen Bißverletzungsgefahr! Kenntnisnahme: ja [] nein []

Wir möchten Sie darauf hinweisen, daß Ihre Fahrtauglichkeit nach einer Betäubung beeinträchtigt ist! Kenntnisnahme: ja [] nein []

Datenschutz

Bitte beachten Sie unsere Datenschutzverordnung, welche frei zugänglich im Wartebereich ausliegt. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter. ja [] nein []

Hinweis Terminabsage

Sollten Sie Ihren Termin nicht einhalten können, benachrichtigen Sie uns bitte 24 Stunden vorher. ja [] nein []

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.

Datum _____ Unterschrift _____