

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten!

Um Sie in unserer Praxis zu behandeln, benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie die Vorder- und Rückseite dieses Blattes aus und geben Sie es uns unterschrieben zurück. Alle Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte beachten Sie, daß wir eine Bestellpraxis führen. Bitte halten sie daher Ihre Termine ein. Im Verhinderungsfall sagen sie bitte spätestens 48 Stunden vorher ab. Leider kann es jedoch trotz Terminvereinbarung zu Wartezeiten kommen, da wir selbstverständlich auch unvorhersehbare Notfälle behandeln.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Ihr

H. Gielicke

Zahnarzt

Persönliche Angaben:

Patient:

Versicherter:
(z.B. Eltern, Ehegatte)

Name Vorname geb.

Name Vorname geb.

Anschrift:

Strasse/Hausnummer:

Telefon:

Postleitzahl Ort

Telefon privat Telefon beruflich Handy

E-Mail:

Krankenkasse:

 gesetzliche Krankenkasse Zusatzkrankenversicherung private Krankenversicherung Beihilfe
(Bei Privatversicherten: Basistarif ja nein)

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben versichere ich hiermit.

Weiterhin bin ich über folgende Punkte unterrichtet worden:

- Alle gemachten Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht (§203 StGB)
- Termine, die Sie nicht einhalten können, sollten von Ihnen rechtzeitig, d.h. i.d.R. 48 Stunden vorher abgesagt werden. Für nicht – oder nicht rechtzeitig – abgesagte Termine kann von der Zahnarztpraxis ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt werden.

Gründau, den

Datum Unterschrift (ggf. des Erziehungsberechtigten)

**← Ihre Unterschrift
bitte nicht
vergessen** **!**

Zum Abschluß gestatten Sie uns eine Frage: Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung Internet Telefonbuch Gelbe Seiten Sonstiges

ggf. weitere Angaben

Was ist der **Grund** Ihres Zahnarztbesuches:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit dem Aussehen der Zähne |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobleme | <input type="checkbox"/> sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Zahnlockerung | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Zahnfehlstellungen | <input type="checkbox"/> Probleme mit Zahnersatz | _____ |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz | _____ |

Ich wünsche eine **Beratung** zu

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe) | <input type="checkbox"/> Alternativen zum Amalgam | <input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbehandlung | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbehandlung | <input type="checkbox"/> Zahnaufhellung |
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie (Zahnspange) | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Keramik-Inlays | _____ |
| <input type="checkbox"/> Amalgam-Entfernung | <input type="checkbox"/> Keramik-Kronen und Brücken | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Keramik-Verblendschalen | _____ |

Auch *Allgemeinerkrankungen* können Auswirkungen auf die Zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Finden Sie sich in ärztlicher Behandlung? ja nein

Name und Anschrift des behandelnden Arztes/Hausarztes:

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Falls Sie mit ja antworten: bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

| | Ja | Nein | |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|
| Allergie (welche) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Atemwegserkrankungen (welche?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Diabetes (welcher Typ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Glaukom (erhöhter Augendruck) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Herz-Kreislauf-Erkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Koronare Herzkrankheit/Angina pectoris | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Herzschritmacher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Herzklappenfehler/-ersatz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| erhöhter Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| verminderter Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Immunmangel-Syndrom (AIDS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Chronische Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Dialyse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Rheumatoide Arthritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Frühere Operationen? (welche) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Haben Sie Angst vor der Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Rauchen Sie? (wenn ja, wie viel?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nehmen Sie Medikamente? (wenn ja welche) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben versichere ich hiermit.

Gründau, den _____ Datum
 _____ Unterschrift (ggf. des Erziehungsberechtigten)

← Ihre Unterschrift bitte nicht vergessen !