

Zahnarztpraxis in der Dorfstrasse



**Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient!**

Unser Praxisteam heißt Sie herzlich willkommen.

Bitte füllen Sie dieses Formular sorgfältig aus.

Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient: Name:..... Vorname:..... geb.am:.....

Straße:..... Nr.:..... Telefon:.....

Handy:.....

Postleitzahl:..... Wohnort:.....

Krankenkasse/Krankenversicherung.....

Gesetzlich versichert () Beihilfeberechtigt Ja () Nein ()

Privat versichert () Besonderheiten im Tarif: _____

Beruf:..... Telefon berufl.:.....

Arbeitgeber:.....

Versicherter: Name:..... Vorname:..... geb.am:.....

Straße:..... Nr.:..... Telefon:.....

Postleitzahl:..... Wohnort:.....

Bitte beachten Sie: Falls uns die Krankenversicherungskarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorliegt, müssen wir ggf. für die erbrachten Leistungen eine Privatrechnung erstellen!
(Bundesmantelvertrag §8 Abs.2)

Wir wollen uns Zeit für Ihre Behandlung nehmen, deswegen reservieren wir den vereinbarten Termin nur für Sie!

Um Ihnen diesen optimalen Behandlungsablauf bieten zu können, benötigen wir allerdings Ihre Mithilfe:

Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte schnellstmöglich ab.

Nur wenn Sie die vereinbarten Termine einhalten, können wir Ihnen diese individuelle Behandlungsplanung fortlaufend garantieren.

Bessenbach, den

Unterschrift

→→→→→→→→→→ **Bitte wenden !!!** →→→→→→→→→→

Um Ihre Behandlung möglichst individuell durchführen zu können, möchten wir Sie bitten, uns folgende Fragen zu beantworten:

Die Praxis wurde mir empfohlen, und zwar von: _____ Ja () Nein ()

Von der Behandlung erwarte ich/wünsche ich mir, dass _____

Folgende Themen interessieren mich genauer (Wir beraten Sie dann gerne !):

- () Moderne klinische Hypnose für eine entspannte Behandlung und für Angstpatienten
() Prophylaxe zur Verhinderung von Zahnerkrankungen () Zahnaufhellungen für weißere Zähne
() Ästhetische Versorgung für schöne Zähne () Hochwertige Versorgung für langen Schutz der Zähne
() Kinderprophylaxe, denn früh übt sich () Amalgam-Alternativen, die man möglichst nicht sieht
() _____

Für die Behandlung benötigen wir von Ihnen noch ein paar medizinische Informationen :

- Wann war die letzte Röntgenaufnahme im Zahnbereich ? _____ Ja () Nein ()
Sind Sie in ärztlicher Behandlung ? _____
Wenn Ja, wegen welcher Erkrankung? _____
Name und Anschrift Hausarzt: _____
Nehmen Sie Medikamente ein ? _____ Ja () Nein ()
Wenn ja, welche ? _____
Gab es ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente ? _____ Ja () Nein ()
Wenn ja, welche ? _____
Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft ? Monat : _____ Ja () Nein ()
Besteht eine Allergie ? Wenn ja, welche ? _____ Ja () Nein ()
Leiden Sie an Asthma oder Atemwegserkrankung ? _____ Ja () Nein ()
Besteht eine Blutungsneigung ? Blutverdünnende Medikamente z.B. ASS, Marcumar,...? _____ Ja () Nein ()
Haben Sie künstliche Gelenke, künstliche Herzklappen oder ähnliches ? _____ Ja () Nein ()
Besteht/bestanden eine Infektionskrankheiten ? _____ Ja () Nein ()
HIV () Hepatitis () Tuberkulose () Sonstige _____
Bestehen/bestanden Herzkrankheiten ? _____ Ja () Nein ()
Wenn Ja, welche ? _____
Bestehen/bestanden Kreislaufprobleme ? _____ Ja () Nein ()
Blutdruck normal () zu niedrig () _____ zu hoch () _____
Besteht eine Diabetes (Zuckererkrankung) ? _____ Ja () Nein ()
Besteht ein Glaukom (erhöhter Augendruck) ? _____ Ja () Nein ()
Besteht eine Schilddrüsenerkrankung? Überfunktion () oder Unterfunktion () ? _____ Ja () Nein ()
Erkrankungen an Magen-Darm, Leber oder Niere ? _____ Ja () Nein ()
Bestehen Krampf oder Anfallsleiden (Epilepsie) ? _____ Ja () Nein ()
Sonstige Erkrankungen ? Wenn ja, welche ? _____ Ja () Nein ()

Bessenbach, den

Unterschrift