



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Wir freuen uns, Sie heute bei uns begrüßen zu dürfen!

Um die Behandlung optimal auf Sie und Ihre Wünsche abstimmen zu können, bitten wir um folgende Angaben:

Name	Vorname
Str./Nr.	Postleitzahl/Ort
Telefon	Beruf
Handy	Arbeitgeber
E-Mail	Geburtsdatum
Krankenversicherung: gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/>	Beihilfe <input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung <input type="checkbox"/>

Erziehungsberechtigter sowie Anschrift falls abweichend	
Name	Vorname
Str./Nr.	Postleitzahl/Ort
Telefon	Geburtsdatum

Für privatversicherte Patienten im Standard – (GOZ§5a) oder Basistarif bzw. privat erbrachte Leistungen: Unsere privat erbrachten Leistungen berechnen wir rein nach unserem Aufwand, d.h. In der Regel zwischen dem 1,8-fachen – bis 3,5-fachen Gebührenfaktor der GOZ. Eventuell vorliegende Vereinbarungen, die Sie durch einen Tarif mit Ihrer Versicherung abgeschlossen haben (Standardtarif/Basistarif/etc.), können wir dabei leider nicht berücksichtigen.

<u>WIE HABEN SIE VON UNSERER PRAXIS ERFAHREN?</u>	
Empfehlung <input type="checkbox"/>	Gelbe Seiten <input type="checkbox"/> Telefonbuch <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>
Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis besuchen?	
<u>WARUM SUCHEN SIE UNSERE PRAXIS AUF?</u>	
Vorsorgeuntersuchung <input type="checkbox"/>	Zahnersatzbehandlung <input type="checkbox"/>
Professionelle Zahnreinigung <input type="checkbox"/>	Probleme mit Zahnersatz <input type="checkbox"/>
Schmerzen <input type="checkbox"/>	Unschöne Zähne <input type="checkbox"/>
ZF-Bluten/ZF-Rückgang <input type="checkbox"/>	Zähneknirschen <input type="checkbox"/>
Zahnlockerung <input type="checkbox"/>	Kiefergelenksbeschwerden <input type="checkbox"/>
Andere	
<u>WORÜBER DÜRFEN WIR SIE BERATEN?</u>	
Professionelle Zahnreinigung <input type="checkbox"/>	Inlay(s)/ Veneer(s) <input type="checkbox"/>
Zahnfleischbehandlung <input type="checkbox"/>	Krone(n)/ Brücke(n) <input type="checkbox"/>
Zahnaufhellung <input type="checkbox"/>	Implantat(e) <input type="checkbox"/>
Kunststofffüllung(en) <input type="checkbox"/>	herausnehmbarer Zahnersatz <input type="checkbox"/>
Schönere Zähne <input type="checkbox"/>	Andere
<u>MEINE BEHANDLUNGSWÜNSCHE</u>	
<input type="checkbox"/> Ich möchte nur das Beste für mich und meine Zähne und möchte über die beste Behandlung informiert werden.	
<input type="checkbox"/> Ich möchte nur mit Betäubung behandelt werden.	
<input type="checkbox"/> Ich möchte nur die Kassenleistung.	

<u>ZAHN-MUND-SITUATION</u>		<u>ALLERGIEN (zutreffendes bitte ankreuzen)</u>	
Tragen Sie Zahnersatz? <input type="checkbox"/>		Haben Sie Allergien auf	
Wenn ja, seit wann?	Jahren	Penicillin <input type="checkbox"/>
Waren oder sind Sie in		Andere Antibiotika/Welche? <input type="checkbox"/>
kieferorthopädischer Behandlung? <input type="checkbox"/>		Lokalanästhetika/Welche? <input type="checkbox"/>
Sind Sie in den letzten 2 Jahren		Schmerzmittel/Welche? <input type="checkbox"/>
zahnärztlich geröntgt worden? <input type="checkbox"/>		Nelkenöl <input type="checkbox"/>
Wann?	im Jahr	Nickel <input type="checkbox"/>
Bei Zahnarzt		Sonstige <input type="checkbox"/>
In:			
Wurde bei Ihnen eine Parodontitis- / Parodontose- / Zahnfleischbehandlung durchgeführt? <input type="checkbox"/>		im Jahr	



ALLGEMEINE SITUATION (zutreffendes bitte ankreuzen)

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Welche?
Blutdruckleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zu hoch <input type="checkbox"/> zu niedrig
Herzklappenerkrankung	<input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	
Langes Nachbluten nach Verletzungen	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hep. A <input type="checkbox"/> Hep. B <input type="checkbox"/> Hep. C
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	
Corona	<input type="checkbox"/>	Wann festgestellt?
TBC	<input type="checkbox"/>	
Diabetes (Zucker)	<input type="checkbox"/>	
Engwinkelglaukom	<input type="checkbox"/>	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <10/Tag <input type="checkbox"/> >10/Tag
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	
Psychische Erkrankung/Depression	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	
Andere	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	Welche?
Nehmen Sie Blutverdünner ein?	<input type="checkbox"/>	Welche?
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	<input type="checkbox"/>	Welche?

Für Patientinnen:

Zu Ihrem und zum Schutz des ungeborenen Kindes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn eine Schwangerschaft eintritt!!!

Schwangerschaft Monat Ungewiss

Als speziellen Service unserer Praxis bieten wir die halbjährliche Erinnerung an Ihre Kontrolluntersuchung.

Ist dies von Ihnen gewünscht?

Ferner möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung oder einem chirurgischem Eingriff eingeschränkt sein kann, so dass Sie gegebenenfalls dementsprechend Vorsorge treffen müssen. Wir bitten Sie bei Veränderung Ihres Gesundheitszustandes sowie auch bei einmaliger Medikamenteneinnahme oder bei Veränderung Ihrer Medikation uns zukünftig unverzüglich in Kenntnis zu setzen.

Aus organisatorischen Gründen handelt es sich bei unserer Praxis um eine reine Bestellpraxis. Nur so können wir gewährleisten, dass Ihnen unsere vollste Aufmerksamkeit zu teil wird und längere Wartezeiten vermieden werden. Bitte haben Sie daher dafür Verständnis, dass Termine, die nicht binnen 2 Tagen vorher abgesagt werden, nach §615 Satz BGB §287 ZPO in Rechnung gestellt werden können.

Alle Ihre Angaben werden von uns vertraulich behandelt (Schweigepflicht) und elektronisch abgespeichert. Dies unterliegt den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bitte versichern Sie mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit Ihrer gemachten Angaben. Vielen Dank!

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten (bzw. Erziehungsberechtigten)

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen werden und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung!