

BITTE ALLES IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Hiermit bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht

Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, sprechen Sie uns bitte darauf an, wir helfen Ihnen gerne dabei.

Patient Herr/Frau/Kind	Vorname	Name	Geb.
Anschrift	Straße		Nr.
	Postleitzahl	Ort	
Telefon	Email-Adresse	Handy	Festnetz/Telefon
Mitglied/ Zahlungs-pflichtiger	Vorname	Name	Geb.
Anschrift	Straße		Nr.
	Postleitzahl	Ort	
Name der Krankenkasse			
Haben Sie eine private Zusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja welche:	
Beruf (optional)			

Als gesetzlich krankenversicherter Patient müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte **spätestens 10 Tage** nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung **privat in Rechnung gestellt** werden müssen. Im Zuge des 2. Neuordnungsgesetzes (3. Stufe Gesundheitsreform) haben ab dem 01.07.97 alle Krankenkassenmitglieder ein Wahlrecht zwischen Kassenzahnärztlicher Behandlung und Privatbehandlung mit Kostenerstattung.

Sie kommen zur Zahnbehandlung in unsere Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhergesehene Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Sollten Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen Termin bitte möglichst frühzeitig – **d. h. spätestens 24 Stunden vorher** – ab. Bei Nichteinhaltung oder verspäteter Absage des Termins werden wir Ihnen **gemäß §615 BGB ein Ausfallhonorar pro ½ Stunde von 75€** in Rechnung stellen. Die Rechnung wird nicht erstellt, wenn in der vereinbarten Zeit ein anderer Patient behandelt wird und somit kein Ausfall entsteht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und unterzeichne, dass ich den obigen Text gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

BITTE ALLES IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- a) Asthma (schwere Atemnot) ↑ ja nein
- b) Allergische Reaktionen, z.B. CHX, Latexallergie, Sulfit ja ↑ nein
- c) Unverträglichkeit von Medikamenten, z.B. Penicillin Allergie ↑ ja ↑ nein
ggf. welche? _____
- d) Blutdruck niedrig normal hoch
ggf. Werte? _____
- e) ↑ Herzinfarkt Herzmuskelentzündung ↑ künstliche Herzklappe/Herzklappenfehler
↑ Angina pectoris Herzrhythmusstörungen Thrombose nein
↑ Schlaganfall Lähmungen ↑ Endokarditis ja. wann? ____
- | | JA | NEIN | |
|---|--------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| g) Zuckerkrankheit ↑ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| f) Rheuma | <input type="checkbox"/> | ↑ <input type="checkbox"/> | |
| i) Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ↑ Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | z.B. Blutverdünner (Marcumar, ASS100) |
| ↑ HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ↑ Hepatitis ↑ A ↑ B ↑ C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ↑ TBC (Tuberkulose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ↑ Schilddrüsenenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | ↑ <input type="checkbox"/> | Über-/Unterfunktion |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ↑

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ↑ Bitte den Medikamentenplan an der Rezeption abgeben
ggf. welche? _____

4. Sonstige Angaben / andere Krankheiten z.B. Krebs mit Chemo und/oder Bestrahlung, Dialyse, erhöhter Augeninnendruck

5. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein

6. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein
Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

7. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

8. Wann war die letzte Operation und was wurde Operiert? _____

9. Für Frauen: besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss ggf. wievielte Woche? _____

10. Wann war der letzte Zahnarzt- Besuch? _____

11. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Bekannte / Freunde , Google , Facebook , Instagram

Name des Bekannten/Freund: _____

12. Führt Sie ein bestimmtes Thema zu uns?

Zahnarzt- Angst Behandlung unter Vollnarkose und/oder Lachgas , Implantologie , Halitosis-Sprechstunde , Ästhetische Korrekturen

13. Sind Sie: Raucher, wie viele Zigaretten tägl.? _____ Nichtraucher

12. Ich möchte in die Erinnerungskartei (Recall/ Termin) aufgenommen werden ja nein

Wenn ja: per SMS : _____ Mobilnummer

per Email: _____ Email Adresse

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und unterzeichne, dass ich den obigen Text gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten