



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Das ist wichtig für eine adäquate und sichere Behandlung. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Patient

Vor- Zuname
Geburtsdatum
Straße Hausnr.
PLZ Ort
Telefon privat
Telefon mobil
Telefon geschäftl.
Geburtsdatum

Beruf & Arbeitgeber

Beruf
Arbeitgeber

Versicherter (falls abweichend)

Vor- Zuname
Geburtsdatum
Straße Hausnr.
PLZ Ort

Krankenkasse

Name der Krankenkasse
<input type="checkbox"/> Ich bin zusatzversichert
<input type="checkbox"/> Ich bin privatversichert

Hausarzt

Hausarzt

Bitte kreuzen Sie nachfolgend Zutreffendes zu Ihrem Gesundheitszustand an bzw. beantworten Sie die Fragen auf der nächsten Seite möglichst genau.

Herz- | Kreislauferkrankungen

- Bluthochdruck
- Zu niedriger Blutdruck
- Herzklappenfehler
- Herzklappenersatz
- Herzschrittmacher
- Herzoperation
- Herzschwäche
- Herzinfarkt
- Angina Pectoris | Herzasthma
- Endokarditis

Allergien | Unverträglichkeiten

- Lokalanästhesie | Spritzen
- Antibiotika
- Schmerzmittel
- Metalle
- Heuschnupfen
- Sonstige

Infektiöse Erkrankungen

- AIDS
- Hepatitis
- Tuberkulose

Sonstige Erkrankungen

- Asthma | Lungenerkrankungen
- Blutgerinnungsstörungen
- Ungewöhnlich langes Bluten nach Verletzungen
- Blutverdünnung durch Markumar oder ASS
- Epilepsie | Anfallsleiden
- Diabetes | Zuckerkrankheit
- Nierenerkrankungen
- Drogen- | Alkoholabhängigkeit
- Raucher
- Sonstige

BITTE BEACHTEN SIE AUCH DIE RÜCKSEITE ▶



Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit?

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat? ja nein . Monat

Sind bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? Wenn ja, wann? ja nein

Liegt bei Ihnen eine auffällig hohe Kariesaktivität vor? ja nein

Haben Sie häufig Zahnfleischbluten? ja nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Zahnfleisch- | Parodontosebehandlung durchgeführt? ja nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine professionelle Zahnreinigung (PZR) gemacht? ja nein

Wünschen Sie Informationen über optimalen Karies- und Parodontose-Schutz? ja nein

Haben Sie Interesse an einer Aufhellung | Bleaching Ihrer Zähne? ja nein

In welchem Abstand wurden bislang Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt? alle Monate

In welchem Abstand wurden bislang Zahnreinigungen durchgeführt? alle Monate

Haben Sie Kiefergelenksknacken | -beschwerden? ja nein

Schmerzt Ihr Unterkiefer oder fühlt er sich verspannt an, wenn Sie morgens aufwachen? ja nein

Knirschen oder pressen Sie nachts mit den Zähnen? ja nein

Leiden Sie unter Kopfschmerzen | Migräne? ja nein

Haben Sie Schlafstörungen? ja nein

Leiden Sie an Stressbeschwerden Ohrgeräuschen Tinnitus Burn-out? ja nein

Haben Sie | Ihr Kind Angst vor dem Zahnarztbesuch? ja nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden? ja nein

Der Zuschuss der Krankenkassen für Zahnersatz hängt von einem lückenlosen Bonusheft ab. Wünschen Sie eine Erinnerung an die vorgeschriebene Vorsorgeuntersuchung? ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Einverständniserklärung zur Berechnung nicht eingehaltener Behandlungstermine sowie zur Speicherung und Bearbeitung der Patientendaten:

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Bei sämtlichen mit Ihnen vereinbarten Terminen handelt es sich daher um Fixtermine. Wir halten uns nur für Ihre Behandlung die vereinbarte Zeitspanne frei.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Behandlungstermine pünktlich einzuhalten bzw. im Falle der Verhinderung, sofern möglich, mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Versäumte Termine werden mit einem Betrag von 75 € je angefangener halber Stunde in Rechnung gestellt. Dies gilt nicht, wenn der Patient unverschuldet dem Behandlungstermin fernbleibt; in diesem Fall sind dem Zahnarzt die Gründe unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Als unverschuldet gilt dabei stets auch der mindestens 24 Stunden zuvor abgesagte Termin.

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass der Zahnarzt berechtigt ist, versäumte Termine nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung zu stellen und bin mit diesem Vorgehen einverstanden (§ 615 BGB).

Wir benötigen für jedes neue Quartal Ihre Krankenversicherungskarte. Liegt diese uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatienten und berechnen unsere Leistungen nach der GOZ.

Ich erkläre mich außerdem mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Datum

Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters