

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch noch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Herr / Frau / Kind

Name Vorname geb.

Versicherter

Name Vorname geb.

Anschrift/Versicherter

Straße Nr. Tel. privat

Postleitzahl Ort Tel. mobil

Anschrift/Patient

(falls abweichend)

Straße Nr. Tel. privat

Postleitzahl Ort Tel. mobil

Beruf/Arbeitgeber

(des Patienten)

Tel. geschäftlich

Krankenkasse

----- Private Zusatzversicherung nein ja

Für gesetzlich Versicherte

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte jedes Quartal in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ).

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dabei reservieren wir für Sie Behandlungszeiten. Deswegen möchten wir Sie darum bitten, Ihre Termine pünktlich einzuhalten oder aber mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der GOZ in Rechnung zu stellen. Bitte bedenken Sie, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Rechnungsbeträge bis 80,- € bitten wir, am Behandlungstag bar oder mit EC-Karte zu begleichen. Wir dürfen Sie auch darauf aufmerksam machen, dass Sie durch örtliche Betäubung nur bedingt fahrtüchtig sein können.

Aufnahmebogen

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?

nein ja

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

.....

Name und Anschrift des Arztes

.....

Besteht/bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	nein	ja	Falls Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
Allergie (welche?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemwegserkrankungen (welche?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes (welcher Typ?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hämatologische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immunmangelsyndrom (Aids)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frühere Operationen (welche?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Medikamente (welche?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wann wurden Sie im Bereich Kopf/Kiefer das letzte mal geröntgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wünschen Sie eine SMS - Erinnerung an Ihre Kontrolluntersuchung?

nein ja

Tel. mobil

.....

bzw. an Ihre Professionelle Zahnreinigung (PZR)?

Sind Sie mit der momentanen Versorgung Ihrer Zähne zufrieden?

Haben Sie öfter Zahnfleischbluten?

Würden Sie sich als Angstpatient einstufen?

Falls ja, sollte das Vorgespräch lieber im Besprechungszimmer stattfinden?

Wer oder was hat Sie auf uns aufmerksam gemacht?

.....

Ihr besonderer Beratungswunsch:

.....

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Datum

Unterschrift