

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Schön, dass Sie bei uns sind.

Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Bitte teilen Sie uns zukünftige Änderungen umgehend mit. Dies ist wichtig für eine optimale Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

**Patient:**

Name	Vorname	Geburtstag und Ort
Straße	PLZ/Ort	E-Mail
Telefon	Fax	Mobiltelefon
Beruf	Arbeitgeber	Telefon
Versicherung		
privat versichert <input type="checkbox"/>	gesetzlich versichert <input type="checkbox"/>	freiwillig versichert <input type="checkbox"/>

**Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied:**

Name	Vorname	Geburtstag
Straße	PLZ/Ort	Telefon
Beruf	Arbeitgeber	

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

**Für gesetzlich Krankenversicherte:**

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?..... ja  nein

Wir setzen uns immer für die optimale Behandlung eines jeden unserer Patienten ein. Manche Versicherungen übernehmen die Kosten für einige Behandlungsmethoden und Materialien nicht oder nur teilweise. Wir informieren Sie rechtzeitig über Umfang und Kosten der Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Versicherung übernommen werden.

**Für privat Krankenversicherte:**

Sind Sie beihilfeberechtigt?..... ja  nein

Aufgrund der Vielfalt an Tarifen und Erstattungsmodalitäten können wir eine vollständige Übernahme Ihrer Behandlungskosten durch Ihre private Versicherung nicht immer garantieren.

Was ist der Grund für Ihren Zahnarztbesuch?

Kontrolluntersuchung <input type="checkbox"/>	Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang <input type="checkbox"/>
Zahnschmerzen <input type="checkbox"/>	Professionelle Zahnreinigung <input type="checkbox"/>
Beratung <input type="checkbox"/>	Kiefergelenksbeschwerden/Knirschen <input type="checkbox"/>
Implantate <input type="checkbox"/>	Bleaching/Zahnaufhellung <input type="checkbox"/>

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? ja  nein

Falls nicht, was möchten Sie verändern?

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Sind aktuelle Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne vorhanden? ja  nein

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja  nein  Weshalb?

Hausarzt:  Ort:  Telefon:

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? ja  nein  unklar  Welcher Monat?

Haben Sie je Medikamente aus der Gruppe der **Bisphosphonate** (z.B. Zometa, Bondronat, Lodronat, Aredia, Fosavance, Fosamax etc.) eingenommen? ja  nein

**Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?**

**Herz-/Kreislaufkrankungen:**

Herzklappenersatz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Zustand nach Schlaganfall	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Hoher Blutdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zustand nach Herzinfarkt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Niedriger Blutdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sonstige:	<input type="text"/>		

**Infektionskrankheiten:**

HIV-Infektion, AIDS	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sonstige:	<input type="text"/>

**Sonstige Erkrankungen:**

Diabetes (Zuckerkrankheit)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Rheuma	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Tumor	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Asthma	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Grüner Star	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ohnmachtsanfälle	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Erkrankung der Leber	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Migräne	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Heilen Wunden schlecht?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Gelenkprothese	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten**

Welche?  Liegen sonstige Erkrankungen vor?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig, bzw. zur Zeit ein?

Nehmen Sie regelmäßig Betäubungsmittel? ja  nein  Welche?

Rauchen Sie? ja  nein  Seit wann?  Wie viel?

Bitte beachten Sie, dass eine **Injektion** zur Schmerzausschaltung Ihre Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigen kann. In sehr seltenen Fällen können sich allergische Reaktionen bzw. ein anhaltendes Taubheitsgefühl oder Geschmacksirritationen einstellen. Die Abtretung von Forderungen an Dritte (beispielsweise Versicherungen), die aus dem Behandlungsverhältnis mit unserer Zahnarztpraxis resultieren, ist ausgeschlossen. Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung. Außerdem führen wir eine **Bestellpraxis**. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Sie da. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden privat in Rechnung stellen (gemäß §615 BGB / Amtsgericht Fulda (Az. 34 C 120/02/D), 16.05.2002).

**Als besonderen Service bieten wir Ihnen einen unverbindlichen Erinnerungsdienst für Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchungen an.**

Wünschen Sie diese Erinnerung? ja  nein  Dies können Sie jederzeit widerrufen.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit deren Speicherung einverstanden.

.....  
Datum      Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigter)      überprüft am      Unterschrift (Arzt)