

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir gemeinsam Ihre zahnmedizinischen Anliegen besprechen, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Angaben. Für eine adäquate und risikoarme Behandlung sind vor allem medizinische Informationen wichtig. Bitte wenden Sie sich jederzeit vertrauensvoll an uns, wenn Sie Rückfragen oder Anmerkungen haben. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTENDATEN

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
geboren am	<input type="text"/> in <input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Tel. privat	<input type="text"/>	Tel. mobil	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Tel. Arbeit	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>	Arbeitgeber	<input type="text"/>
Straße Arbeitgeber	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>	
Wie sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig	<input type="checkbox"/> mit Zahnzusatzversicherung
<input type="checkbox"/> privat bei	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Standard-Tarif	<input type="checkbox"/> Basis-Tarif	<input type="checkbox"/> als Student
Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

VERSICHERTENDATEN (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Schicken Sie die Rechnung bitte an Patienten Versicherten

Versicherter	<input type="text"/>	geboren am	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>

ERKLÄRUNG

Bitte erinnern Sie mich an meinen nächsten Vorsorgetermin per

Post E-Mail Telefon (Mehrfachnennung möglich)

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Frankenberg, den _____ Unterschrift _____

PATIENT

Vorname

Name

GRUND IHRES BESUCHS

Überweisung durch Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopf- und Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SIE SIND UNS WICHTIG

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starke Schmerzempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starker Würgereiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was haben Sie bei früheren Zahnarztbesuchen vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

BERATUNGSWUNSCH

Oralchirurgie/Zahn-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantate/Implantatversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzfreie Behandlung/Narkose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parodontitis-Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsdiagnostik / CMD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnästhetik / Schönes Lächeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung von Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahngesunde Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GESUNDHEITSFRAGEN

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstliche Herzklappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (z. B. Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (z. B. Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine sonstige Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie eine Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcumar (Gerinnungshemmer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASS (Gerinnungshemmer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortison (Entzündungshemmer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisphosphonat (bei Tumor / Osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente empfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, auf welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welchem Monat? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.