

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. Dies ist wichtig für eine risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient _____ / _____ / _____
Name, Vorname geb.

Anschrift _____ / _____ / _____
Straße Telefon Mobil privat / geschäftlich

_____ / _____
Postleitzahl, Ort Fax

Bestellpraxis: Vereinbarte Termine reservieren wir ausschließlich für Sie. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind zum vereinbarten Termin nur für Sie da. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen nicht eingehaltene Termine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden, privat in Rechnung stellen (Praxiskosten € 35 je 30 min.)

Amalgam:

In Ihrem Interesse verarbeiten wir **kein Amalgam!**

Wir verarbeiten Zemente und Compomere als Kassenleistung (ohne Zuzahlung). Bitte sprechen Sie uns auf hochwertigere Versorgungen aus Kunststoff, Gold oder Keramik an.

Krankenversichertenkarte (KVK):

Ihre KVK muss spätestens am jeweiligen Quartalsende bei uns vorliegen. Ohne KVK stellen wir Ihnen die erbrachten Leistungen nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung.

Einverständnis _____ / _____
Datum Unterschrift

Wünschen Sie Informationen über Leistungen, die Ihre Versicherung eventuell nicht oder nur teilweise trägt?

Prophylaxe (Professionelle Zahnreinigung) _____ ja () nein ()

Bleaching (Zahnaufhellung) _____ ja () nein ()

Amalgamsanierung _____ ja () nein ()

Moderne Endodontie (Wurzelbehandlung) _____ ja () nein ()

Hochwertige Versorgung aus Gold und Keramik _____ ja () nein ()

Implantatversorgung _____ ja () nein ()

Anamnesebogen

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Erkrankung: _____ ja () nein ()
(Bitte unbedingt vor jeder Behandlung den aktuellen Stand angeben!)

Ihr Hausarzt: _____ / _____ / _____
Name Telefonnummer Ort

Nehmen Sie Medikamente ein? Welche? _____ ja () nein ()

Leiden Sie unter Allergien (Allergiepäss)? _____ ja () nein ()

Bestehen Herzerkrankungen (z.B. Herzklappenersatz oder -defekt)? _____ ja () nein ()

Ist eine antibiotische Abschirmung erforderlich? _____ ja () nein ()

Wurden Sie mit Bisphosphonaten (Tbl. oder Injektionen) behandelt? _____ ja () nein ()

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? _____ ja () nein ()

Besteht Blutungsneigung (Haemophilie)? _____ ja () nein ()

Leiden Sie unter erhöhtem oder zu niedrigem Blutdruck? _____ ja () nein ()

Besteht eine Zuckerkrankheit (Diabetes)? _____ ja () nein ()

Leiden Sie unter Nierenerkrankungen? _____ ja () nein ()

Besteht eine Schilddrüsenenerkrankung? _____ ja () nein ()

Leiden Sie unter Krämpfen, epileptischen Anfällen? _____ ja () nein ()

Leiden Sie unter Leberentzündung/ Gelbsucht (Hepatitis)? _____ ja () nein ()

Leiden Sie unter Tuberkulose? _____ ja () nein ()

Sind Sie HIV (AIDS) positiv? _____ ja () nein ()

Leiden Sie unter Drogen-, Alkohol- oder Medikamenten-Abhängigkeit? _____ ja () nein ()

Besteht eine Schwangerschaft, im welchen Monat? _____ ja () nein ()

Wurden innerhalb des letzten Jahres Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne gefertigt? ja () nein ()

Sonstiges? _____ ja () nein ()

Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten an einen möglichen Praxismachfolger weitergegeben werden.

Datum **Unterschrift**

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!
Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben **sofort** mit.