



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. _____

Versicherte Person:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. _____

Straße, Hausnr: _____ PLZ, Ort _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-mail: _____

Versicherung: _____

gesetzlich freiwillig privat PKV-Standardtarif Beihilfe

Besteht eine Zahnzusatzversicherung: _____

Mein Hausarzt (Name, Adresse, Telefon): _____

Ihr Hauptanliegen, weshalb Sie heute unsere Praxis aufsuchen: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> | Herzklappenerkrankung/-ersatz | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt, Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> |
| Bypass/Stent/Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | Endokarditis-Prophylaxe | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie) | <input type="checkbox"/> | Neigen Sie zu blauen Flecken | <input type="checkbox"/> |
| Immunschwäche (HIV/AIDS) | <input type="checkbox"/> | Rheuma, rheumatisches Fieber | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A, B, C) | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD) | <input type="checkbox"/> | Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Augenerkrankung (Glaukom - grüner Star) | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> | Einnahme von Bisphosphonaten | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | Neigen Sie zur Ohnmacht | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | Sonstige Erkrankungen/Infektionen | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? (wieviele pro Tag: _____) | <input type="checkbox"/> | Schwangerschaft (ja / vielleicht) | <input type="checkbox"/> |
| Allergien (Besitzen Sie einen Allergiepaß?) | <input type="checkbox"/> | | |

welche _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Clopidogrel(Plavix), ASS) ein?

welche _____

Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerz, Nackenverspannungen, Rückenschmerzen, Tinnitus



Zahnarztpraxis

Wahnheide

Dr. med. dent. Nina Roth

Zahnarzt Michael Graß

Unsere Praxis hat sich das Ziel gesetzt Ihre Zähne gesund zu erhalten – von Anfang an!

Hierzu bieten wir Ihnen ein breites Spektrum an Prophylaxeleistungen, um Ihre gesunden Zähne zu schützen und Ihre Mundgesundheit zu verbessern. Selbstverständlich werden wir, falls es doch einmal nötig sein sollte, auch Ihre erkrankten Zähne sowie Ihr Zahnfleisch optimal therapieren. Im Rahmen dieses Prophylaxekonzeptes bieten wir Ihnen einen **kostenlosen Erinnerung-Service (Recall) für Kontroll- und Prophylaxe-Termine** an.

Möchten Sie sich für unseren Recall-Service vormerken lassen?

ja nein

Wenn ja, per: Telefon: _____
 Brief: _____
 E-Mail: _____

Ich wünsche eine gezielte Beratung über...

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Implantate (künstliche Zahnwurzeln) | <input type="checkbox"/> | Prophylaxe/Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> |
| Zahnersatz | <input type="checkbox"/> | Kinderprophylaxe | <input type="checkbox"/> |
| Laser-Behandlung | <input type="checkbox"/> | Beratung für Schwangere | <input type="checkbox"/> |
| Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung) | <input type="checkbox"/> | Mundgeruchsprechstunde | <input type="checkbox"/> |
| Amalgamaustausch / - alternativen | <input type="checkbox"/> | Bleaching (Zahnaufhellung) | <input type="checkbox"/> |
| Schöneres Lächeln – ästhetische Zahnheilkunde | <input type="checkbox"/> | Angstfreie Behandlung | <input type="checkbox"/> |
| Kiefergelenk-Behandlung (CMD) | <input type="checkbox"/> | Ich wünsche eine reine Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> | _____ | |

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Telefonbuch: Gelbe Seiten: Internetpräsenz: Internetsuchmaschine:
Lage der Praxis auf Empfehlung von: _____

Unsere Praxis beauftragt eine zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft mit der Erstellung und dem Einzug Ihrer Privatrechnung für Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der kostenfreien sechsmonatigen Ratenzahlung an. Ein weiterer Vorteil für Sie ist, dass wir unseren Verwaltungsaufwand hierdurch reduzieren und dadurch mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben. Selbstverständlich wird vor dem Erbringen einer solchen „Privat“-Leistung Ihr Einverständnis eingeholt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten