

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis in Balve begrüßen zu dürfen. Unsere Zähne sind 365 Tage im Einsatz – und das ein Leben lang. Unser Praxiskonzept ist ähnlich nachhaltig: Wir möchten Sie und Ihre Familie durch das Leben begleiten – und gemeinsam dafür Sorge tragen, dass Ihre Zähne gesund und stark bleiben.

Um dies zu ermöglichen und um jeden Besuch bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen sorgfältig zu lesen und gewissenhaft auszufüllen. Gerne besprechen wir offene Fragen gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHES

m w

| | | |
|------------------|----------------|---------------|
| Name / Vorname | Geburtsdatum | Geburtsort |
| Straße / Nr. | PLZ / Ort | |
| Telefon Festnetz | Telefon Arbeit | Telefon Mobil |
| E-Mail | Beruf | Arbeitgeber |

VERSICHERUNG

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Beihilfeberechtigt Privat versichert Zusatzversicherung Kostenerstattung

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

| | | |
|----------------|--------------|------------|
| Name / Vorname | Geburtsdatum | Geburtsort |
| Straße / Nr. | PLZ / Ort | |

IHR BESUCH BEI UNS

Was ist der Grund Ihres Besuches?

- Kontrolluntersuchung
- Beratung
- Zahnschmerzen
- Zahnfleischbluten
- Neuer Zahnersatz
- Zweite Meinung
- Andere Gründe

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Persönliche Empfehlung
- Überweisender Arzt
- Internet Homepage Anzeige
- Lage der Praxis Sonstiges

Möchten Sie über die folgenden Behandlungsmöglichkeiten beraten werden?

- Professionelle Zahnreinigung
- Weiße Zähne (Bleaching)
- Zahnästhetik / Kosmetik / Schönes Lächeln
- Zahnfarbene Keramikfüllungen
- Kieferorthopädische Behandlung
- Implantate / Implantatversorgung
- Ernährungsfragen
- Sonstiges

PERSÖNLICHER GESUNDHEITSCHECK

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Hoher Blutdruck Niedriger Blutdruck
- Herzerkrankungen / Welche?

- Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen
- Ohnmachtsneigung
- Marcumar / ASS oder andere Blutverdünner ...
- Blutungsneigung / Bluterkrankung
- Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes (Typ I oder II)
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)
- Rheumatische Krankheiten / Osteoporose
- Nierenerkrankung
- Infektiöse Erkrankungen (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)
- Epilepsie
- Tumorerkrankungen
- Bisphosphonate
- Magen-Darm-Erkrankung
- Depressionen
- Allergien / Welche?

- Besitzen Sie einen Allergiepass?
- Sonstige schwere Erkrankungen?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

- Unverträglichkeit gegen Medikamente
Wenn ja, welche:

- Unverträglichkeit gegen Spritzen

- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag:

Für unsere weiblichen Patienten

- Sind Sie schwanger? Welche Woche?

- Stillen Sie?

Name & Anschrift Ihres Hausarztes?

Name & Anschrift Ihres Zahnarztes / Überweisers?

Wurden in den vergangenen 6 Monaten Röntgenbilder der Zähne und/oder des Kopfes angefertigt?

SIE SIND UNS WICHTIG

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Ich habe ... Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen eine starke Schmerzempfindlichkeit einen starken Würgereiz

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

per Brief

per E-Mail

AUFKLÄRUNG

Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch verarbeitet und gespeichert. Sie unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine die Sie nicht einhalten können rechtzeitig, **jedoch mindestens 24 Stunden vorher**, abzusagen, da Ihnen ansonsten die durch das Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können. Zudem benötigen wir Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns **14 Tage nach der Behandlung** nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten ebenfalls eine Rechnung.

Ich nehme zur Kenntnis, dass nach einer Lokalanästhesie (Betäubungsspritze) meine Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann. Auf Wunsch rufen wir Ihnen gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten