

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 angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name: Vorname: Geburtsname: Geburtsort:

Anschrift

Straße/Hausnummer: Postleitzahl/Ort: Telefon privat: Telefon geschäftlich: Handynummer:

Krankenkasse

Name der Krankenkasse: Gesetzlich versichert Privat versichert Beihilfeberechtigt Gesetzlich mit ZusatzversicherungBeruf **Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen**

Zahlungspflichtiger

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Anschrift

Straße/Hausnummer: Postleitzahl/Ort: **Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger**

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

Datum: Erziehungsberechtigter: **Für Kassenpatienten**

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

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

ja nein

Wünschen Sie über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden?

ja nein

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

ja nein tel. per sms

Bestellpraxis: Hinweise zur Organisation

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Änderungen zu meinen Behandlungsdaten werde ich Ihnen stets mitteilen. Ich berechtige Sie ferner hiermit, meine ggf. auf EDV gespeicherten Behandlungsdaten zur Weiterbehandlung evtl. einem Praxiskollegen zu übergeben.

Datum: Unterschrift:

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? ja nein

Hausarzt / Facharzt

Medikamente Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? ja nein

Allergien Besitzen Sie einen Allergiepass? Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? ja nein

Herzerkrankungen Leiden Sie an Herzerkrankungen? (Bsp. Herzschrittmacher, Herzschwäche, Arrythmie) ja nein

Kreislauf-erkrankungen Leiden Sie an Kreislauf-erkrankungen? (Bsp. Bluthochdruck) ja nein

Vegetative Erkrankungen Leiden Sie an Ohnmachtsanfällen? Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein ja nein

Stoffwechsel-erkrankungen Leiden Sie an Stoffwechselerkrankungen? (Bsp. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen) ja nein

Erkrankungen des Nervensystems Leiden Sie an Erkrankungen des Nervensystems? (Bsp. Epilepsie, Krampfanfälle) ja nein

Bluterkrankungen Leiden Sie an Bluterkrankungen? (Bsp. Bluter, Blutarmut) ja nein

Infektions-krankheiten Leiden Sie an Infektionskrankheiten? (Bsp. Hepatitis, Tuberkulose, HIV) ja nein

Atemwegs-erkrankungen Leiden Sie an Atemwegserkrankungen? (Bsp. Asthma, Lungenerkrankung, COPD) ja nein

Sonstige Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? ja nein

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? ja nein

Pflegegrad nach § 15 SGB XI. Wenn ja, welcher Pflegegrad? ja nein

Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII ja nein

Empfehlung Sind Sie auf Empfehlung in unsere Praxis gekommen? Wenn ja, auf wessen?

Datum:

Unterschrift:

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