



LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHES

Name | Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ | Ort

Telefon Festnetz

Telefon mobil

E-Mail

Beruf | Arbeitgeber

Bitte erinnern Sie mich an meinen nächsten Vorsorgetermin per E-Mail Telefon

VERSICHERUNG

Krankenkasse

gesetzlich versichert Zusatzversicherung privat versichert beihilfeberechtigt Basistarif

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

Name | Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ | Ort

WIE WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM?

Persönliche Empfehlung Im Vorbeigehen Anzeige: _____

Überweisender Arzt: _____ Internet: _____

Sonstiges: _____

BITTE WENDEN >>>

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN

Name und Adresse Hausarzt _____

	JA	NEIN		JA	NEIN
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen Sie Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Marcumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ASS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cortison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bisphosphonat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige:		
Rheumatische Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenn ja, welche:			wenn ja, welche:		
_____			_____		

Sonstige Erkrankungen: _____

Infektionskrankheiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche Woche:		
Sonstige: _____			_____		

MUNDGESUNDHEITSFRAGEN

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- Vorsorgeuntersuchung Beratung 2. Meinung Schmerzbehandlung Neuer Zahnersatz
- Überweisung Zahnarzt Sonstiges: _____
- „Wie kann ich meine Zähne möglichst ein Leben lang erhalten?“
- „Ich bin mit dem Erscheinungsbild meiner Zähne unzufrieden: Welche Möglichkeiten gibt es, dieses zu verbessern?“
- „Mir ist ein Stück vom Zahn abgebrochen: Welche Möglichkeiten der Zahnreparatur bieten Sie?“
- „Beim Zähneputzen blutet es manchmal: Was kann man dagegen tun?“
- „Ich habe Beschwerden mit dem Kiefergelenk (Knacken, Knirschen, Spannungskopfschmerz):
Was können Sie für mich tun?“
- „Ich habe eine herausnehmbare Zahnprothese: Kann ich festsitzenden Zahnersatz bekommen?“
- „Ich gehe nicht gerne zum Zahnarzt: Können Sie mir die Angst nehmen?“
- „Ich habe noch weitere Fragen oder ein besonderes Anliegen.“

Unsere Praxis nutzt den Service eines „Factoring“-Unternehmens, welches Verwaltungsaufgaben und Abrechnungsdienste für uns übernimmt. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der kostenfreien Ratenzahlung an. Ein weiterer Vorteil für Sie ist, dass wir unseren Verwaltungsaufwand hierdurch reduzieren und dadurch erheblich mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben. Selbstverständlich wird vor dem Erbringen einer solchen „Privat“-Leistung Ihr Einverständnis eingeholt. Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis und versuchen stets, die Wartezeit so gering wie möglich zu halten. Sollten Sie Ihrerseits einen vereinbarten Termin nicht einhalten können und diesen nicht 24 Std. vor der Behandlung abgesagt haben, behalten wir uns vor, Ihnen die Kosten für die reservierte Behandlungszeit in Rechnung zu stellen (s. Urteil vom OLG Stuttgart AZ 1 U 154/06).

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

Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters