

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bevor wir uns in Ruhe über Ihr zahnmedizinisches Anliegen unterhalten, benötigen wir außer Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese Angaben benötigen wir für eine umfassende Diagnose und dient als Grundvoraussetzung einer wirkungsvollen und risikofreien Therapie. Wir behandeln alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht entsprechend vertraulich.

Patient

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	geboren am	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer		<input type="text"/>		Telefon	
Postleitzahl / Ort		<input type="text"/>		Mobil-Tel.-Nr.	
E-Mail Adresse		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Arbeitgeber		<input type="text"/>		Beruf	

Versicherter

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	geboren am	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer		<input type="text"/>		Telefon	
Postleitzahl / Ort		<input type="text"/>		Mobil-Tel.-Nr.	

Krankenkasse

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	zusatzversichert
<input type="checkbox"/> gesetzlich*	<input type="checkbox"/> freiwillig	<input type="checkbox"/> privat
<input type="checkbox"/> privat im Basistarif	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	

* Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckererkrankung)	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> HIV-Infektion
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Krebs
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Genetische Erkrankung	

wenn ja, seit wann?

b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien

wenn ja, welche?

c) Herzinfarkt Schlaganfall

Herzoperation Lähmungen

ggf. wann?

d) Blutdruck niedrig hoch

ggf. Werte?

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

wenn ja, welche?

4. Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein

5. Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel? ja nein

wenn ja, welche?

bitte beachten Sie die Rückseite

- 6. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein wievielte Woche?

- 7. Tragen Sie Zahnersatz? (Kronen, Brücken, Prothesen)
Wie alt ist dieser Zahnersatz?

- 8. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? ungefähr?
- 9. Haben Sie eine erhöhte Neigung zu Würgereiz? ja nein
- 10. Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen? ja nein
Leiden Sie an Zahnfleischbluten? ja nein
Haben Sie morgens Kieferschmerzen? ja nein
Leiden Sie häufig an Herpes oder Aphthen? ja nein

- 11. Rauchen Sie? ja nein wenn ja, wieviele Zigaretten?

- 12. Alkoholgenuss ja nein wenn ja, selten oft regelmäßig

- 13. Drogenkonsum ja nein

Bitte beachten Sie: Die örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Ihre Fahrtüchtigkeit für 4 Stunden verloren geht und für 24 Stunden eingeschränkt ist. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Der Grund Ihres Besuches ist: Schmerzen Beratung und Therapieplanung zur Kontrolle

Nur noch einige Fragen für eine persönliche und erfolgreiche Zusammenarbeit

- Haben Sie viel Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung? ja nein viel 5 bis wenig 1
- Stehen Sie unter Zeitdruck, so dass wir bei der Terminvergabe Rücksicht nehmen müssen? ja nein
- Wünschen Sie eine Benachrichtigung zu Ihrer Kontrolluntersuchung? ja nein
- Möchten Sie über moderne und schonende Behandlungsmethoden informiert werden? ja nein
- Haben Sie Interesse an einem Prophylaxeprogramm, das Sie vor Karies- und Zahnfleischkrankungen schützt? ja nein
- Interessieren Sie sich für kosmetische Maßnahmen, die die Ästhetik Ihrer Zähne hervorhebt? ja nein

Wie/durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Wichtige Informationen:

Unsere Praxis ist nach einem Bestellsystem organisiert. Dadurch ersparen Sie sich lange Wartezeiten. Wir sind somit zum vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich! Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie vereinbaren. Sollten Sie einmal verhindert sein, bitten wir darum mindestens 2 Tage vorher abzusagen. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben.

Datum	Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Vielen Dank für das uns entgegengebrachte Vertrauen!

Ihre Zahnärztin Dr. Natalia Ehrlichmann & Praxisteam