

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Allgemeinerkrankungen stehen oft im Zusammenhang mit Erkrankungen des stomatognathen Systems, bzw. haben Bedeutung für eine Behandlung beim Zahnarzt. Wir möchten Sie daher bitten, folgende Fragen möglichst genau zu beantworten, um so die jeweils beste Behandlung für Sie ermitteln zu können. Bei Unklarheiten stehen wir Ihnen gerne hilfreich zur Verfügung.

Name: _____ Vorname: _____
 Geb. Datum / Ort: _____ Beruf: _____
 Straße: _____ Tel. privat: _____
 PLZ, Ort: _____ Arbeitgeber: _____
 E-Mail: _____ Tel. dienstl.: _____
 Krankenkasse / Versicherung: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Mitglied	<input type="checkbox"/>	Privat versichert	<input type="checkbox"/>
Familienversichert	<input type="checkbox"/>	Familienversichert	<input type="checkbox"/>
Rentner	<input type="checkbox"/>	Beihilfeberechtigt / Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/>

Bei Familienversicherung abweichende Angaben des Versicherten / Zahlungspflichtigen:

Name: _____ Vorname: _____
 Geb. Datum / Ort: _____ Tel. privat: _____
 Beruf: _____ Tel. dienstl.: _____
 Arbeitgeber: _____

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? _____
 Welche Behandlungsnotwendigkeit sehen Sie? _____
 Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____

Haben Sie zurzeit Zahnschmerzen / Zahnbeschwerden?
 Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen?
 Wünschen Sie eine Behandlung unter Anästhesie?

Wünschen Sie eine ausführliche Beratung über:

Individuelle Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	Ästhetische Zahnheilkunde	<input type="checkbox"/>
Parodontal-Behandlung	<input type="checkbox"/>	Zahnfarbene Keramikinlays	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenk-Behandlung	<input type="checkbox"/>	Hochwertigen Zahnersatz	<input type="checkbox"/>
Implantate	<input type="checkbox"/>	Bleaching / Bleichen von Zähnen	<input type="checkbox"/>

Name und Anschrift Ihres Hausarztes: _____

Spezielle zahnmedizinische Anamnese

- Haben Sie Zahnfleischbluten
oder Zahnfleischschwund?
- Wandern Ihre Zähne?
- Haben sich Ihre Zähne gelockert?
- Haben Sie Zähne wegen Lockerung verloren?
- Leiden Sie unter Mundgeruch?
- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?
- Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen?
- Knacken Ihre Kiefergelenke?
- Sind Ihre Zähne temperaturempfindlich?

- Haben Sie keilförmige Zahnhalsdefekte?
- Haben Sie Zahnersatz?
fest herausnehmbar

Für unsere Patientinnen

- Besteht eine Schwangerschaft?
- Wenn ja, in welchem Monat? _____
- Besitzen / wünschen Sie ein
Röntgennachweisheft?
- (Unzutreffendes bitte streichen)
- Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?

Weitere Angaben:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche? _____

Besteht o. bestand eine Abhängigkeit?

Von Alkohol Drogen

Rauchen Sie?

Wenn ja, wieviel? _____

Bestehen bei Ihnen Allergien?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Überempfindlichkeit?

Gegen Penicillin weitere

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass?

Haben Sie einen Herzpass?

**Benötigen Sie bei Behandlungen eine
Endokarditis-Prophylaxe?**

Nehmen Sie Bisphosphonate?

Haben Sie eine Osteoporose?

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

Bitte ankreuzen oder ausfüllen

Herz- / Kreislaufkrankungen

- Herzschwäche
- Herzrhythmusstörungen
- Angina Pectoris
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Herzschrittmacher
- Blutdruck hoch niedrig
- Ohnmachtsanfälle
- Nehmen Sie Blutverdünner?
- Magen- / Darmerkrankungen
- Wenn ja, welche? _____
- Schilddrüsen-Überfunktion
- Schilddrüsen-Unterfunktion
- Diabetes

Erkrankungen des Nervensystem

- Krämpfe
- Anfallsleiden
- Parkinson

Psychische Erkrankungen

Wenn ja, welche? _____

Infektionskrankheiten

- HIV/AIDS
- Hepatitis ABC
- Tuberkulose
- weitere
- Wenn ja, welche? _____

Erkrankungen des Immunsystems

- Rheuma
- Polyarthritis
- weitere
- Wenn ja, welche? _____

Andere Erkrankungen

- Wenn ja, welche? _____

Bestellsystem

Um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen, behandeln wir nach verbindlich vorgemerkten Terminen. Erscheinen Sie deshalb bitte pünktlich zu dem für Sie reservierten Zeitpunkt – auch wir werden bemüht sein, diesen einzuhalten. Wir sind bestrebt die Behandlungen ohne Zeitdruck durchzuführen. Sollten sich dennoch Verzögerungen ergeben, haben Sie bitte Verständnis dafür, dass sich der Zeitaufwand für zahnärztliche Behandlungen nur bedingt vorausplanen lässt.

Wir bitten Sie, falls Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, diesen 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls müssen wir Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen.

Zur besonderen Beachtung

Anästhesiemittel (Injektionen) können die Fahrtüchtigkeit grundsätzlich beeinträchtigen. Bitte stellen Sie sich bei Ihren Behandlungsterminen darauf ein.

Prophylaxe

Sie können in unserer Praxis ein individuelles Prophylaxeprogramm in Anspruch nehmen, abgestimmt auf Ihren Zahnzustand und die Kariesanfälligkeit. Diese Leistungen sind Privatleistungen und werden nur zum Teil von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen. Über die Kosten werden wir Sie selbstverständlich vorab informieren.

Wünschen Sie darüber ausführliche Informationen?

ja

Recall – das automatisierte Bestellsystem

Nach dem Recall-System wird der nächste Untersuchungstermin bereits bei Abschluss der laufenden Behandlung vereinbart. In Abhängigkeit Ihres individuellen Behandlungsbedarfs wie z.B Parodontitisbehandlung, umfangreicher Sanierung aber auch bei erhöhter Kariesanfälligkeit wird dabei ein Zeitraum von 2 bis 12 Monaten gewählt.

Wenn Sie diesen Service in Anspruch nehmen wollen, so kreuzen Sie bitte „ja“ an.

ja

Information zur Rechnungserstellung

Damit wir Ihrer Behandlung unsere vollste Aufmerksamkeit widmen können, treten wir Ihre Rechnung an ein Rechenzentrum ab. Dazu ist es notwendig, dass Ihre persönlichen Daten und die Behandlungsdaten von uns und dem Rechenzentrum zum Zweck der Erstellung der Honorarrechnung ggf. elektronisch erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Hiermit erklären Sie sich einverstanden, uns von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden und stimmen ausdrücklich zu, dass die sich ergebenden Forderungen aus der Behandlung an ein Rechenzentrum abgetreten werden. Sie ermächtigen hiermit das Rechenzentrum ggf. Bonitätsauskünfte bei einer Kreditschutzorganisation und Auskünfte zu Ihrer Person in Zusammenhang mit der sich aus Ihrer Behandlung ergebenden Forderung einzuholen. Für Sie entstehen hierdurch keinerlei Mehrkosten.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und bitten Sie, uns Änderungen mitzuteilen.

Datum

Unterschrift: