

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Patient:

Name Vorname geb. am

Versicherter:

falls o.g. abweichend

Name Vorname geb. am

Anschrift

PLZ, Wohnort Straße, Hausnummer

erreichbar:

Telefon Mobil E-Mail

Beruf:**Versicherung:**

_____ Gesetzlich Privat Zusatzversicherung Beihilfe
 Standardtarif Basistarif

Hausarzt:

_____ Name und Ort

Ihre Gesundheit

| | Ja | Nein | | Ja | Nein |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|
| Kreislaufbeschwerden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hepatitis A / B / C | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Zustand nach Herzinfarkt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | HIV (Aids) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzentzündung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tuberkulose (Tbc) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Blutungsneigung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Krebserkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schilddrüsenüber/-unterfunktion | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Biphosphonattherapie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Rauchen Sie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rheuma / Arthritis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Drogen-, medikamenten- oder alkoholabhängig? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Epilepsie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Blutdruck (hoch / niedrig) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Stehen Sie z.Z. in ärztlicher Behandlung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schwangerschaft? Woche? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Osteoporose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Röntgenaufnahmen in den letzten 12 Monaten, wenn ja, wo und wann? _____

Haben Sie eine Pflegestufe? _____ Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____
(bitte Medikamentenliste vorlegen)

Sind Allergien bekannt oder Überempfindlichkeiten gegen Medikamente, Pflaster, Latex?

Wenn ja, welche? _____

Allergiepass (bitte vorlegen)

Zähne/Kiefergelenk/Zahnfleisch

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

Haben/Hatten Sie schon einmal Probleme beim Kauen von Kaugummi?

Haben Sie Einschlaf-/Aufwachprobleme, weil Sie Ihre Zähne spüren?

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

| | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Haben Sie Probleme mit Ihrem Kiefergelenk (z.B. Schmerzen, Geräusche, Knacken) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie schon einmal eine Schiene getragen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parodontitis-Erkrankung festgestellt/behandelt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Geht Ihr Zahnfleisch zurück? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lockern sich Ihre Zähne? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ihr Lächeln

| | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Möchten Sie etwas am Aussehen Ihrer Zähne verändern? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, was? _____ | | |
| Wurde bei Ihnen schon einmal eine Zahnaufhellung durchgeführt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie Hemmungen beim Lächeln? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Beratung

Haben Sie Interesse an einer der folgenden Behandlungen?

- Bleaching/Zahnaufhellung
- Gold- bzw. Keramikinlays, Veneers
- Professionelle Zahnreinigung
- Zahnkorrektur
- Implantate

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- persönliche Empfehlung Google Praxishomepage anders

Möchten Sie an Ihren nächsten Kontrolltermin erinnert werden?

- per Post telefonisch per Email SMS

Bitte geben Sie Ihre E-Mail Adresse an: _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Adresse, Telefonnummer, Wechsel der Krankenkasse sofort mit.

Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Std. vorher ab, da wir sonst die Ausfallzeit anteilig in Rechnung stellen müssen 50€ je 30 Min.

Mit der Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum

Unterschrift (unter 18 Jahren die Erziehungsberechtigten)