

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten:

geb. am:

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert **ja** [] **nein** []

Freiwillig versichert **ja** [] **nein** []

Haben Sie eine private Zusatzversicherung **ja** [] **nein** []

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [] **nein** []

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Standardtarif? **ja** [] **nein** []

Basistarif? **ja** [] **nein** []

Studentisch versichert? **ja** [] **nein** []

Beihilfeberechtigt? **ja** [] **nein** []

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____

Versicherter: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

[] **telefonisch** [] **schriftlich**

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Name des Hausarztes

Herzerkrankung/Herzinfarkt/Schlaganfall	ja []	nein []
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja []	nein []
Hoher Blutdruck	ja []	nein []
Niedriger Blutdruck	ja []	nein []
Ohnmachtsneigung	ja []	nein []
Marcumar / Gerinnungshemmer/ASS	ja []	nein []
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja []	nein []
Rheuma	ja []	nein []
Diabetes	ja []	nein []
Schilddrüsenerkrankung	ja []	nein []
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja []	nein []
Magen- / Darmerkrankung	ja []	nein []
Nierenerkrankung	ja []	nein []
Lungenerkrankung / Asthma	ja []	nein []
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja []	nein []
Epilepsie	ja []	nein []
Haben Sie eine sonstige schwere/infektiöse Erkrankung? z. B. Krebs, HIV, Tuberkolose	ja []	nein []
Wenn ja, welche?		

Allergien	ja []	nein []
Wenn ja, welche?		

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten/Spritzen empfindlich?	ja []	nein []
Wenn ja, bei welchen?		

Sind Sie Raucher?	ja []	nein []
Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?		

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	ja []	nein []
--	--------	----------

Patient:

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Wenn ja, voraussichtlicher Entbindungstermin

Name des Hauszahnarztes

Schlafapnoe/Schnarchen	ja []	nein []
Regelmäßiger Alkoholgenuß?	ja []	nein []
Regelmäßiger Drogenkonsum?	ja []	nein []

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja []	nein []
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja []	nein []
Starker Wür gereiz	ja []	nein []

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	ja []	nein []
Weißer Zähne (Bleaching)	ja []	nein []
Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja []	nein []
Kieferorthopädische Behandlung	ja []	nein []
Austestung verträgl. Füllungsmaterialien	ja []	nein []
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	ja []	nein []
Implantate / Implantatversorgung	ja []	nein []
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja []	nein []
Knirschen/Kiefergelenksbeschwerden	ja []	nein []
Sonstiges		

Wir benötigen Ihre elektronische Gesundheitskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung. Unsere Patienten erhalten Ihre Rechnung über eine Abrechnungsstelle (FRH). Diese Rechnung wird nach unseren Vorgaben erstellt. Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenbank gespeichert und ohne Ihre Erlaubnis an Dritte nicht weitergegeben.

Datum _____ Unterschrift _____