

Liebe Patientin, lieber Patient, - herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wie Sie sicher bald feststellen werden, kommt es in unserer Praxis kaum zu längeren Wartezeiten - dies liegt vor allem an unserem ausgefeilten Bestellsystem. Dieses kann aber nur funktionieren, wenn Sie vereinbarte Termine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen. Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung bitten wir Sie, uns Ihre Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorzulegen, da Ihnen die Kosten Ihrer Behandlung ansonsten privat in Rechnung gestellt werden.

Haben Sie bitte auch Verständnis dafür, daß Sie in unserer Bestellpraxis unangemeldet, z.B. infolge akuter Schmerzen, u.U. mit längeren Wartezeiten rechnen müssen.

Um Ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich gestalten zu können und damit wir uns so gut wie möglich auf Ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche einstellen können, beantworten Sie bitte folgende Fragen möglichst vollständig:

Patient:

Herr/ Frau/ Kind Name Vorname geb.

Anschrift Straße, Nr.

Postleitzahl Ort

Tel. Privat Tel. tagsüber e-Mail

Mitglied/ Zahlungspflichtiger:

Herr/ Frau Name Vorname geb.

Anschrift Straße, Nr.

Postleitzahl Ort

Tel. Privat Tel. tagsüber e-Mail

Name d. Krankenversicherung ich bin privat pflicht - freiwillig versichert

Beruf Arbeitgeber

Anschrift des Arbeitgebers Straße, Nr. Tel.

Postleitzahl Ort

ALLGEMEINE ANAMNESE - diese Informationen unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht

**1. Leiden/ litten Sie an einer der folgenden Krankheiten ?
(Bitte kreuzen Sie die auf Sie zutreffenden Antworten an)**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt (wann) | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall (wann) | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Lähmungen (wann) | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck <input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch | <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen/ -gerinnungsstörungen |
| (Werte) | (welche) |
| <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit von Medikamenten:
(welche) | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion |
| <input type="checkbox"/> Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen
(welche) | <input type="checkbox"/> Gelbsucht/ Leberkrankheiten (wann) |
| | <input type="checkbox"/> TBC |
| | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |

- | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|--------------|
| 2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| 3. Besteht eine Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Woche |
| 4. Datum der letzten Röntgenuntersuchung | ca. | | |
| 5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Welche |
| 6. Leiden Sie an Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |

SPEZIELLE ANAMNESE - diese Informationen unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| (Wir informieren Sie gerne ausführlich über die Möglichkeiten der schonenden Zahnaufhellung) | | |
| 2. Sind Sie an Amalgam-Alternativen interessiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Wünschen Sie Informationen über neue/ zeitgemäße Behandlungsmethoden: | | |
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe - gesunde Zähne ein Leben lang | | |
| <input type="checkbox"/> 'smile-make over' - Möglichkeiten der ästhetischen Zahnmedizin | | |
| <input type="checkbox"/> Implantate - die künstlichen Zahnwurzeln | | |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben

.....
Datum, Unterschrift