

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein Basistarif ja nein
Zusatzversicherung ja nein Beihilfeberechtigt ja nein

Nach dem Gesetz dürfen Zahnärzte den „Regelhöchstsatz“ von 2,3 (GOZ) nur dann überschreiten, wenn sie den Patienten vor der Behandlung darauf hingewiesen haben. Daher möchte ich Sie hiermit darüber aufklären, dass bei Behandlungen, die außergewöhnliche Maßnahmen erfordern, ein gesteigerter Satz berechnet werden kann. Die Begründung für einen erhöhten Satz wird Ihnen selbstverständlich schriftlich bei Rechnungsstellung dargelegt.

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Andernfalls müssen wir Ihnen den ausgefallenen Termin mit einem Pauschalbetrag von 75 Euro privat in Rechnung stellen.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Internet Zeitungsanzeige

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

- Routinekontrolle
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- neuen Zahnersatz
- „zweite Meinung“
- andere Gründe:

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- Herzens oder Kreislaufs ja nein
- Leber ja nein
- Nieren ja nein
- Schilddrüse ja nein
- Magen-Darm-Traktes ja nein
- Gelenke (Rheuma) ja nein
- Wirbelsäule ja nein

Haben oder hatten Sie ...

- ein traumatisches Ereignis im Kopfbereich ja nein
- hohen Blutdruck ja nein
- niedrigen Blutdruck ja nein
- Diabetes ja nein
- eine erhöhte Blutungsneigung ja nein
- Zahnfleischbluten ja nein
- Ohrensausen / Tinnitus ja nein
- Epilepsie ja nein
- Grünen Star ja nein
- Tuberkulose ja nein
- HIV (Aids) ja nein
- Hepatitis ja nein
- Allergien ja nein
- Wenn ja, wogegen? _____
- Transplantationen ja nein
- Sonstige Erkrankungen/Infektionen

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- einen Herzklappenersatz
- einen Herzschrittmacher
- eine Endokarditis
- einen Herzfehler
- einen Herzinfarkt
- eine HerzOP

Ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich? ja nein

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
- andere Medikamente? Wenn ja, welche?
- Cortison (Kortikoide)
- Antidepressiva

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein
Wenn ja, gegen welche? _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein
- Schnarchen Sie? ja nein

Möchten Sie von uns per Post oder E-Mail an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden (Recall)? ja nein

Datum

Unterschrift