

Patient

Name/ Vorname

Geburtsdatum

Mitglied

Name/ Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Strasse

PLZ/ Wohnort

Telefon

Mobiltelefon

Email

Beruf

Arbeitgeber

Wer hat uns empfohlen?

Krankenkasse

Sind Sie pflichtversichert?

Ja

Nein

Haben Sie eine private Zusatz-Krankenversicherung?

Ja

Nein

Für unsere privat versicherten Patienten:

Beinhaltet Ihr Versicherungsvertrag besondere Einschränkungen?
(z.B. Beschränkung auf den 1,8 fachen Satz im sog. "Standardtarif")

Ja

Nein

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

Ja

Nein

Sehr geehrter Patient – sehr geehrte Patientin,

Wir sind bemüht Ihnen eine möglichst angenehme und umfassende Behandlung zu bieten. Im Interesse eines komplikationslosen Verlaufs bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen zu beantworten und mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei eventuell auftretenden Fragen sind wir Ihnen selbstverständlich gerne behilflich.

Welcher Arztkollege betreut Sie?

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?

Ja

Nein

Wenn ja, weshalb?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Wo waren Sie zuletzt zahnärztlich in
Behandlung?

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgend aufgeführten Krankheiten?

Herz- oder Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erkrankungen der Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wenn ja, welche?

Lebererkrankungen (Hepatitis, Gelbsucht)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Infektionskrankheiten (z.B. HIV+, AIDS)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes mellitus (Zucker)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erhöhte Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wieviel Zigaretten/Tag?

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Mund-Kieferbereich geröntgt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind für Sie ästhetisch schöne/ weisse Zähne wichtig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen bisher eine Parodontose Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wenn ja, wann?

Wurden Sie schon einmal im Kopf-/Halsbereich operiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen bisher eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?		
Blutet ihr Zahnfleisch ab und zu?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie nachts eine Aufbißschiene?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Eigene Zähne ein ganzes Leben lang – erstrebenswert? Ja Nein

Bitte beachten Sie, dass bei einer Behandlung mit örtlicher Betäubung Ihre Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt sein kann.

Bedenken Sie bitte ebenfalls, dass für den vereinbarten Behandlungstermin die Praxis Ihnen und Ihrer Gesundheit zur Verfügung steht. Sagen Sie deshalb Termine, die Sie nicht einhalten können, frühzeitig – mindestens jedoch 24 Stunden vor Behandlungsbeginn – ab. Sollten wir vergeblich auf Sie warten und in dieser Zeit nicht anderweitig ausgelastet sein, müssen wir Ihnen die Ausfallzeit mit 50,- Euro pro begonnene halbe Behandlungsstunde in Rechnung stellen.

Datum/ Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Angaben.