

Praxis für behutsame Zahnmedizin und Implantologie

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Da allgemeine Erkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können, bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Auf diese Art und Weise können wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. **Sie können das Formular direkt in Adobe Acrobat ausfüllen und ausdrucken oder versenden.**

Ihr Team der Zahnarztpraxis Sachsenhausen.

Persönliches

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-Mail	Beruf/Arbeitgeber	

Versicherung

<input type="text"/>		
Krankenkasse		
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung
<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigung	

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ	Ort

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, das Sie in unsere Praxis führt?

<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung
<input type="checkbox"/> Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Zweite Meinung	<input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="text"/>	

Praxis für behutsame Zahnmedizin und Implantologie

Allgemeine Gesundheitssituation

	Ja	Nein		Ja	Nein
Hoher Blutdruck			HIV		
Niedriger Blutdruck			Hepatitis		
Blutgerinnungsstörung			Tuberkulose		
Schlaganfall			Andere Infektionskrankheiten		
Endokarditis			<input type="text" value="Wenn ja, welche?"/>		
Andere Herzerkrankungen			<input type="text" value="Wenn ja, welche?"/>		
<input type="text" value="Wenn ja, welche?"/>			Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		
<input type="text" value="Wenn ja, welche?"/>			<input type="text" value="Wenn ja, welche?"/>		
Diabetes			Rauchen Sie?		
Schilddrüsenerkrankung			Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?		
Rheumatische Krankheiten			<input type="text" value="Wenn ja, welche Woche?"/>		
Allergien			<input type="text" value="Wenn ja, welche?"/>		
<input type="text" value="Sonstige Erkrankungen:"/>					

Mundgesundheitsituation

Ja Nein

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutet es beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie an Ihre Vorsorge zu erinnern?

Praxis für behutsame Zahnmedizin und Implantologie

Was können wir tun, damit Sie sich bei uns wohlfühlen?

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

Wie dürfen wir Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnern?

Telefonisch

Per E-Mail

Postalisch

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, **jedoch mindestens 24 Stunden vorher**, abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten.

Eine lange Wartezeit kann so in der Regel vermieden werden.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum	Unterschrift