

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bevor wir uns in Ruhe über Ihr zahnmedizinisches Anliegen unterhalten, benötigen wir außer Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese Angaben benötigen wir für eine umfassende Diagnose und sie dienen als Grundvoraussetzung einer wirkungsvollen und risikofreien Therapie. Wir behandeln alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht entsprechend vertraulich. Ihre Angaben sind freiwillig.

Patient	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Name	Vorname	geb.
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Straße/Hausnummer		Telefon privat
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Postleitzahl / Ort		Mobil-Tel.-Nr.
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Arbeitgeber	Beruf	Tel. geschäftlich
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	E-Mail		
Versicherter	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Name	Vorname	geb.
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Straße/Hausnummer		Telefon privat
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Postleitzahl / Ort		Mobil-Tel.-Nr.
Krankenkasse	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> gesetzlich*	<input type="checkbox"/> freiwillig	<input type="checkbox"/> privat
	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> zusatzversichert, wenn ja, welche Vers.?	

* Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> TBC	
	<input type="checkbox"/> Zuckererkrankung	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	
	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)	
	<input type="checkbox"/> Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)	
	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	
	<input type="checkbox"/> HIV-Infektion		
			wenn ja, seit wann? <input type="text"/>
b)	<input type="checkbox"/> Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche? <input type="text"/>
c)	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Nehmen Sie Marcumar?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> Lähmungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ggf. wann? <input type="text"/>
d)	Blutdruck	<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch	ggf. Werte? <input type="text"/>
2.	Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3.	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche? <input type="text"/>

bitte beachten Sie die Rückseite

Befundbogen

4. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein wievielte Woche? _____

5. Tragen Sie Zahnersatz? (Kronen, Brücken, Prothesen) _____
Wie alt ist dieser Zahnersatz? _____

6. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____ ungefähr? _____

7. Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen? ja nein
Leiden Sie an Zahnfleischbluten? ja nein
Haben Sie morgens Kiefergelenkschmerzen? ja nein
Leiden Sie häufig an Herpes oder Aphten? ja nein

8. Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wieviel täglich? _____

Bitte beachten Sie: Die örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Ihre Fahrtüchtigkeit für 3-4 Stunden verloren geht und für 24 Stunden eingeschränkt ist. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Der Grund Ihres Besuches ist: Schmerzen Beratung und Therapieplanung zur Kontrolle

Nun noch einige Fragen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit

Haben Sie viel Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung? ja nein viel 5 bis wenig 1

Möchten Sie über moderne und schonende Behandlungsmethoden informiert werden? ja nein

Haben Sie Interesse an einem Prophylaxeprogramm, das Sie vor Karies- und Zahnfleischerkrankungen schützt? ja nein

Interessieren Sie sich für kosmetische Maßnahmen, die die Ästhetik Ihrer Zähne hervorheben? ja nein

Haben Sie ein Bonusheft? ja nein **Bitte legen Sie uns dies zu Ihrem 1. Termin vor.**

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? _____

Wie/durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Hausarzt _____

Recall/Nachsorge/Einverständniserklärung

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich, telefonisch/per Fax oder per E-Mail an Vorsorgeuntersuchung und/oder Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Datum Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Einverständniserklärung

(Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.)

Hinweis zur Organisation:

Unsere Praxis ist nach einem Bestellsystem organisiert. Dadurch ersparen Sie sich lange Wartezeiten. Wir sind somit zum vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich! Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie vereinbaren. Sollten Sie einmal verhindert sein, bitten wir darum, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine sind kostenpflichtig! (€ 250,00/Std.)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Wir freuen uns über Ihren Besuch!

Ihr Praxisteam Dr. Langhans MSc.

Dr. Sabine Langhans, MSc
Zahnärztin