

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 Ihre Versicherungsdetails. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Persönliches

Name / Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____
Telefon privat _____ Telefon mobil _____
Telefon beruflich _____ E-Mail _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____
Krankenkasse / Krankenversicherung _____

Gesetzlich versichert ja nein Basistarif ja nein Beihilfeberechtigt ja nein
Privat versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Telefon _____
Adresse _____

Sind in den letzten eineinhalb Jahren Röntgenbilder angefertigt worden? Bei welchem Kollegen dürfen wir diese anfordern?

In eigener Sache – Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Von Bekannten empfohlen. Name des/der Bekannten: _____ Internet, über folgende Seite:
 jameda.de
 Zeitungsanzeige Google
 Überweisung von _____ GoDentis
 Praxisschild Praxiswebsite der Zahnarztpraxis am Hofgarten
Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Warum haben Sie sich für uns als Ihren Zahnarzt entschieden? _____

Einverständniserklärung

Wir versuchen Sie pünktlich zum vereinbarten Termin zu behandeln. Bitte helfen auch Sie uns dabei, die individuell auf Sie abgestimmten Termine einhalten zu können und teilen uns bitte rechtzeitig eventuelle Änderungen mit. Termine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, müssen wir Ihnen leider in Rechnung stellen.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte wenden!



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. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

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 Sie künstliche Gelenke? ja nein

Haben oder hatten Sie ...

- Hohen Blutdruck ja nein
- Niedrigen Blutdruck ja nein
- Diabetes 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
- Wenn ja, welcher Typ? A B C
- Allergien ja nein

Wenn ja, welche?

- Amalgam
- Metalle, und zwar _____
- Schmerzmedikamente
- Betäubungsmittel
- weitere _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen – Haben oder hatten Sie ...

- Angina Pectoris ja nein
- einen Herzschrittmacher ja nein
- einen Herzinfarkt ja nein
- eine künstliche Herzklappe ja nein
- eine Herzklappenentzündung ja nein

Medikamente – Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente ja nein
- Cortison (Kortikoide) ja nein
- Schmerzmittel ja nein
- Antidepressiva ja nein
- blutverdünnende Medikamente ja nein

Wenn ja, welche Medikamente?

- Marcumar Pradaxa
- ASS Xarelto
- Plavix Eliguis
- Isover

andere: _____

andere Medikamente ja nein

Wenn ja, welche?

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

ja nein

Wenn ja, welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Falls Sie Änderungen Ihres Gesundheitszustandes feststellen, bitten wir um unverzügliche Mitteilung.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte wenden!

