

Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche auf dem Gebiet der Zahnheilkunde unterhalten werden, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutzgesetz. Wenn beim Ausfüllen des Fragebogens Unklarheiten entstehen, oder wenn Sie Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Patient:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon privat: _____

Beruf: _____

Telefonnummer Ihres Arbeitsplatzes: _____

Versicherter: (falls nicht wie oben)

Name: Vorname: Straße: PLZ/ Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon privat: / Email Adresse : _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Sollten Sie durch eine Empfehlung auf uns aufmerksam geworden sein, so freut uns dies natürlich besonders. Bitte teilen Sie uns mit, wer uns unsere Praxis empfohlen hat, damit wir uns für diesen Vertrauensbeweis bedanken können.

Für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung:

Name der Versicherung:

Ich habe einen Spezialtarif /Basistarif oder Standardtarif Bitte machen Sie uns darauf aufmerksam (z. B. Studenten, Pensionäre, bes. Einschränkungen). Wenn ja, in welcher Form?

Fragebogen über bestehende Krankheiten:

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Allergien (wenn ja, welche?) ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Diabetes (Zuckerkrankheit) ja nein

Durchblutungsstörungen/ Blutgerinnungsstörungen ja nein

Herzerkrankungen (wenn ja, welche?) ja nein

Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, AIDS, Hepatitis) (wenn ja, welche) ja nein

Leber- oder Nierenerkrankungen ja nein

Magen- oder Darmstörungen ja nein

Schilddrüsenerkrankungen ja nein

Sonstige Erkrankungen (wenn ja, welche?)

ja nein

Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein? (wenn ja, welche?)

ja nein

Wurden in letzter Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt? Bei Zähnen wo können wir diese anfordern? Bitte notieren Sie den Zahnarzt

ja nein

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

ja nein

(wenn ja, bitte voraussichtlichen Geburtstermin angeben)

Um meine Zähne langfristig gesund zu erhalten, möchte ich regelmäßig an die notwendige Vorsorgeuntersuchung erinnert werden (Recall). Sie werden von uns zu einem vereinbarten Zeitpunkt angerufen oder angeschrieben, um einen Vorsorge oder Prophylaxetermin zu vereinbaren. Hierfür benötigen wir Ihre E Mail Adresse. Bitte hier notieren.

ja nein

Bitte um Kenntnisnahme:

Nach dem Einsatz von Betäubungsmitteln kann die Reaktionszeit im Straßenverkehr eingeschränkt sein. Bitte beachten Sie dies bei Ihren Terminen. Kassenpatienten sind bei uns nicht „Kunden zweiter Klasse“! Wir setzen uns für die optimale, lebenslange und intensive Zahnpflege und Zahnerhaltung eines jeden unserer Patienten ein. Jedoch werden leider viele unserer Behandlungsmethoden, da sie oberhalb des von den gesetzlichen Kassen als „ausreichend“ definierten Niveaus ausgeführt werden, nicht oder nur teilweise von den Krankenkassen bezahlt. Wir haben in unsere Praxis jedoch nur eine Qualitätsorientierende Arbeitsweise für alle Patienten! In der Regel werden Sie, wenn Sie nach entsprechender Beratung und Aufklärung, dies wünschen, persönlich dafür aufkommen müssen.

Wir werden Sie vor Behandlungsbeginn über den Umfang dieser besten Leistung informieren, die Ihnen auch als „Kassenpatient“ die Möglichkeit einer zahnärztlichen Behandlung auf höchstem Niveau eröffnet. Um Ihnen lange Wartezeiten nach Möglichkeit zu ersparen, wird unsere Praxis nach einem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, wir halten für Ihre Behandlung den mit Ihnen vereinbarten Zeitraum frei. **Deshalb möchten wir Sie bitten, Ihre Termine pünktlich einzuhalten, oder mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Sollte Ihnen dies nicht möglich sein, behalten wir uns vor, Ihnen eine Ausfallrechnung in Rechnung zu stellen (§296 BGB).**

Ich habe den Inhalt dieses Formulars zur Kenntnis genommen und verstanden. Die Fragen zu meiner Gesundheit habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Änderungen meines Gesundheitszustandes werde ich unverzüglich mitteilen.

ORT/ DATUM:

UNTERSCHRIFT: