

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. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Tel. Arbeitgeber _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein Basistarif ja nein

Zusatzversicherung ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte mindestens 24 Stunden vorher mit. Ansonsten müssen wir Ihnen gegebenenfalls die Ausfallzeit in Rechnung stellen.

Wir weisen Sie darauf hin, dass seit dem 1.1.2002 unsere Rechnungsstellung ausschließlich über die privatärztliche Verrechnungsstelle Reiss in 78224 Singen erfolgt. Es entstehen Ihnen hierdurch selbstverständlich keine Nachteile.

Für Privatpatienten

Die für Sie erbrachten Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei entscheidet der behandelnde Zahnarzt anhand des Umfangs und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem einfachen bis dreieinhalbfachen Gebührensatz abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der vorherigen schriftlichen Vereinbarung.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

auf Empfehlung meines Hauszahnarztes auf Empfehlung von Bekannten Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige

Überweisung von _____

Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Möchten Sie unseren monatlichen Praxisnewsletter per E-Mail erhalten? ja nein

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? Wenn ja, per E-Mail SMS Post telefonisch

Möchten Sie von uns über bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden? ja nein

- bitte wenden -

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

- Routinekontrolle
- neuen Zahnersatz
- Schmerzbehandlung
- „zweite Meinung“
- andere Gründe:
- Beratung zu Implantaten
- Beratung zu professioneller Zahnreinigung und Mundhygieneprogramm

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

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 oder hatten Sie ...

- Nackenschmerzen ja nein
- hohen Blutdruck ja nein
- niedrigen Blutdruck ja nein
- Migräne ja nein
- Fallsucht (Epilepsie) ja nein
- eine Tumorerkrankung ja nein
- Wenn ja, welche? _____
- Asthma ja nein
- Diabetes ja nein
- Osteoporose ja nein
- Zahnfleischbluten ja nein
- Zahnfleischrückgang ja nein
- gelockerte Zähne ja nein
- Ohrensausen / Tinnitus 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, wogegen? _____
- Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein
- Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung
- einen Herzschrittmacher
- Angina Pectoris
- einen Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie ...

- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Bisphosphonate
- Cortison (Kortikoide)
- Antidepressiva
- andere Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein

Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

- Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“? ja nein
- Neigen Sie zu Blutungen? ja nein
- Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein
- Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? ja nein
- Befinden Sie sich momentan in ärztlicher Behandlung? ja nein
- Befinden Sie sich in physiotherapeutischer/ orthopädischer Behandlung? ja nein
- Wenn ja wann war diese Behandlung? _____
- Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen von Ihren Zähnen angefertigt? _____

Fragen / Anmerkungen:

Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

Datum

Unterschrift

