

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben, die wir in unserer EDV speichern. Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.

Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Wohnort
_____	_____	_____
Telefon privat	Telefon mobil	Telefon geschäftlich E-Mail-Adresse
_____	_____	_____
Beruf	Arbeitgeber	
_____	_____	

Sind Sie gesetzlich versichert oder privat versichert Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja / neinSind Sie beihilfeberechtigt? ja / nein

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 des Gebührensatzes abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der vorherigen schriftlichen Vereinbarung.

Wie möchten Sie Ihre Rechnungen zahlen?
 über die Abrechnungsgesellschaft (Gesamtrechnung) nach jeder Behandlung (bar oder ec)

Wer hat Sie an uns überwiesen/ empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Allgemeinmedizinische Fragen**Haben oder hatten Sie Erkrankungen an:**

- | | | | |
|--|--------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herz oder Kreislauf | <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Nieren |
| <input type="checkbox"/> Blut | <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt | <input type="checkbox"/> Gelenken |

Haben oder hatten Sie:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> Zucker (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Fallsucht (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Gelbsucht (Hepatitis) |
| <input type="checkbox"/> Grünen Star | <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Mundgeruch |
| <input type="checkbox"/> häufig Kopf- oder Nackenschmerzen | | | |

Sind Sie HIV positiv? ja / neinWurden Sie zuletzt im Kopfbereich geröntgt? Wenn ja, wann? ja / nein

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? ja / nein

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wo? ja / nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? ja / nein

Benötigen Sie eine Antibiotikaphylaxe vor zahnärztlichen Eingriffen? ja / neinHaben oder hatte Sie jemals Allergien? Wenn ja, welche? ja / nein

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen? ja / nein

Haben Sie ein Röntgennachweisheft? ja / nein**Bitte wenden!**

Zahnmedizinische Fragen

Aus welchem Grund sind Sie heute zu uns gekommen? (Routineuntersuchung, Schmerzen, etc.)

Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden? Wenn nein, was möchten Sie verändern? ja / nein

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ja / nein

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?

Möchten Sie über unser Mundgesundheits-Programm informiert werden? ja / nein

Wünschen Sie eine besondere Beratung über

• Zahnersatz ja / nein • Zahnfleischbehandlung ja / nein

• Amalgamsanierung ja / nein • Behandlung in Hypnose ja / nein

• Implantate ja / nein • ganzheitliche Zahnheilkunde ja / nein

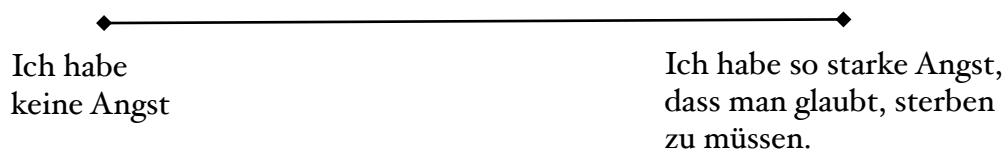
Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung? ja / nein

Wünschen Sie eine Behandlung mit: • Entspannungstechniken ja / nein

• Kopfhörern ja / nein

• Vollnarkose? ja / nein

Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung? Bitte markieren Sie auf dem Strahl, wie Sie sich jetzt im Moment fühlen!



Möchten Sie, dass wir Sie an Ihre Kontrolltermine erinnern? ja / nein

• per SMS : (Bitte geben Sie Ihre Handynummer an!) ja / nein

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert!

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum

Unterschrift