

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir begrüßen Sie in unserer Praxis und möchten Sie bitten, einige für Sie und uns wichtige Fragen zu beantworten!

Name:		geb.:	
Vorname:			
Versicherter:	Ehegatte:	<input type="checkbox"/>	geb.:
	Mutter/Vater:	<input type="checkbox"/>	
Straße:			
Wohnort, Plz:		Tel.:	
Emailadresse:			
Beruf:			
Arbeitgeber:		Tel.:	
Versicherung: gesetzlich: <input type="checkbox"/>	Privat: <input type="checkbox"/>	welche Kasse?:	
freiwillig versichert?			
Hausarzt :		Tel.:	
letzter Zahnarzt:			
Wie haben Sie uns gefunden?		Empfehlung von Bekannten? <input type="checkbox"/>	Internet? <input type="checkbox"/>
Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen?			

<u>Angaben zu Ihrer allgemeinen gesundheitlichen Situation:</u>	ja	nein
Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung und/oder im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie heißen diese Medikamente?		
Nehmen Sie Medikamente für den Knochen ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhalten Sie Spritzen für den Knochen? (zb einmal halb- oder vierteljährlich) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie gegen bestimmte Medikamente überempfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Reaktionen auf Spritzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten oder haben Sie Infektionskrankheiten? (zb. AIDS, Hepatitis, Tuberkulose...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden bei Ihnen jemals multiresistente Keime (zb MRSA) gefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Leiden Sie an:</u>		
Herz- Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen (erhöhte Blutungsneigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen?		
Sind Sie Schwanger?	Monat:	<input type="checkbox"/>
Beabsichtigen Sie eine Schwangerschaft in der nächsten Zeit?		<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag?	Anzahl:	<input type="checkbox"/>

<u>Angaben zu Ihrer Zahngesundheit:</u>		
Probleme/Schmerzen, wenn ja, wo, seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es ein spezielles Problem, weswegen Sie uns aufsuchen?		

Um das Beratungsgespräch zu erleichtern, bitten wir Sie Wünsche oder Erwartungen anzukreuzen oder aufzuschreiben!

Prophylaxe: <input type="checkbox"/>	Amalgamalternativen: <input type="checkbox"/>	Implantate: <input type="checkbox"/>	Versiegelung: <input type="checkbox"/>
Veneers: <input type="checkbox"/>	Zahnkronen: <input type="checkbox"/>	Prothesen: <input type="checkbox"/>	Bleaching: <input type="checkbox"/>
Wünsche:			

Hiermit erlaube ich die Weitergabe meiner Daten zu rein abrechnungstechnischen Zwecken an die Firma APZ (Abrechnungsservice für Zahnärzte) in Brilon.

Unterschrift:

Sollte im Laufe der Behandlung mit Ihnen ein Recall (Kontrolltermin) vereinbart werden, so erklären sie sich mit Ihrer Unterschrift einverstanden, daß wir Sie schriftlich daran erinnern dürfen!

Unterschrift:

Nun noch ein Wort in Ihrem und unserem Interesse!

Wir versuchen, die Wartezeiten möglichst kurz zu halten. Sagen Sie Termine bitte mindestens 24 h vorher ab, da wir dann noch umdisponieren können. Sollten Sie Termine mehrfach nicht wahrnehmen, ohne abzusagen, sind wir berechtigt, eine Ausfallsrechnung zu erstellen! **Vielen Dank, Ihr Praxisteam**