

Sprechzeiten

Mo bis Fr 7.30 – 12.00 und 14.00 – 18.00 Uhr
weitere Termine nach Vereinbarung

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bestimmt verändern sich auch Ihre persönlichen Daten hin und wieder. Ein Umzug findet statt, die Telefonnummer ändert sich, eine neue Krankenkasse wird gewählt. Damit wir auf dem neuesten Stand sind und garantiert ist, dass wir Sie bei aufkommenden Fragen immer erreichen können, möchten wir Sie bitten, das untenstehende Formular auszufüllen und in unserer Praxis abzugeben.

Ihre Zahnarztpraxis Thomas Schulze

PERSÖNLICHE ANGABEN DES PATIENTEN

Mitglied

Name, Vorname

Geburtsdatum (TT MM JJ)

Herr Frau Kind

Anschrift

Straße, Hausnummer

Telefon

PLZ, Ort

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Krankenkasse

Name der Krankenkasse (Versicherung)

Mitgliedsnummer

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wünschen Sie sich hellere Zähne?

ja nein

Haben Sie Probleme mit schlechtem Atem oder Geschmacksveränderungen?

ja nein

Haben Sie sonstige Probleme oder spezielle Wünsche Ihre Zähne/Ihren Mund betreffend?

ja nein

Wenn ja, welche?

FÜR PRIVATPATIENTEN

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Sind Sie in einem Standardtarif versichert? ja nein

Liegen in Ihrem Versicherungsvertrag Einschränkungen hinsichtlich einzelner Leistungen vor?

ja nein

(z. B. Nichterstattung bestimmter Laborkasten/Einschränkung des Steigerungssatzes)

Wenn ja, welche?

FÜR KASSENPATIENTEN

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?

ja nein

Dürfen wir Sie über neuere/bessere zahnmedizinische Versorgungsleistungen informieren, auch wenn diese von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

ja nein

Wünschen Sie Informationen insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm?

ja nein

Datum

Unterschrift

PATIENTENDATEN / ERFASSUNGSBOGEN

Um eine optimale und reibungslose Behandlung durchführen zu können, ist es wichtig, dass wir uns ein umfassendes Bild von Ihrem Gesundheitszustand machen können. Deshalb bitten wir Sie, sich zehn Minuten Zeit zu nehmen und den untenstehenden Erfassungsbogen nach bestem Wissen auszufüllen. Selbstverständlich unterliegen die Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden ausschließlich innerhalb unserer Praxis verwendet. Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an unsere Praxismitarbeiter. **Vielen Dank für Ihre Hilfe.**

Ärztliche Behandlung

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt

Name

Telefon

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Allergien

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Herzerkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz) ja nein

Unregelmäßiger Herzschlag ja nein

Herzasthma, Angina pectoris ja nein

Besitzen Sie einen Herzpass? ja nein

Sonstiges _____

Kreislaufkrankungen

Zu hoher Blutdruck ja nein

Zu niedriger Blutdruck ja nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? ja nein

Zustand nach Herzinfarkt _____

Sonstiges _____

Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsanfälle ja nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein

Sonstiges _____

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Schilddrüsenerkrankungen ja nein

Magen-Darm-Erkrankungen ja nein

Sonstiges _____

Infektionskrankheiten

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis NB) ja nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege ja nein

Tuberkulose ja nein

Wurde bei Ihnen ein Aids-test durchgeführt? Ergebnis positiv negativ

Sonstiges _____

Weitere Angaben

Sind oder waren Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Röntgen

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahn-Bereich geröntgt? ja nein

Wenn ja, wo? _____

Schwangerschaft

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Datum

Unterschrift