



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Dr. M. Behm

Patient

Herr/Frau/Kind

Name Vorname geb.

Mitglied

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße Nr. Tel. Privat Fax Privat

Postleitzahl Ort E-Mail Mobil

Beruf / Arbeitgeber

Tel. tagsüber Fax tagsüber

Krankenkasse

oder Versicherung

Für Kassenpatienten:

Bitte denken Sie an Ihre Versicherungskarte. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ).

Für Beihilfepatienten:

Bitte bedenken Sie, daß ich gehalten bin, meine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu erstellen. Da sich die Beihilferichtlinien von der GOZ unterscheiden, ist eine vollständige Übernahme der Kosten für eine Privatbehandlung nicht immer gewährleistet.

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden? ja nein

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden? ja nein

Wenn ja, wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden? ja nein

Schnarchen Sie im Schlaf? ja nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja nein

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, daß Patienten die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch sind Zeitverzögerungen nicht immer zu vermeiden.

Gesundheitsfragen

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt: Name, Adresse und Telefonnummer: _____

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____
Nehmen Sie Bisphosphonate? (bei Krebserkrankungen, Osteoporose etc.) ja nein
Bekommen Sie regelmäßig Infusionen? ja nein

Allergien: Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeiten? _____
Besitzen Sie einen Allergiepaß? ja nein

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ja nein
Herzasthma, Angina pectoris? ja nein
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ja nein
Sonstiges? _____

Kreislaufferkrankungen: Zu hoher Blutdruck? ja nein
Zu niedriger Blutdruck? ja nein
Zustand nach Herzinfarkt? ja nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein
Sonstiges? _____

Vegetative Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle? ja nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein
Sonstiges? _____

Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein
Magen-Darmerkrankungen? ja nein
Schilddrüsenerkrankungen? ja nein
Sonstiges? _____

Erkrankung des Nervensystems: Epileptiforme Anfälle? ja nein
Krämpfe? ja nein
Sonstiges: _____

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophiie)? ja nein
Blutarmut (Anämie)? ja nein
Sonstiges: _____

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? ja nein
Tuberkulose? ja nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ja nein
Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? ja nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
Sonstiges? _____

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein
Wenn ja, bei welchem Arzt? _____
(Unsere modernen digitalen Systeme gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.)

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum: _____

Unterschrift: _____