



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Damit wir uns umfassend um Sie kümmern können, benötigen wir einige Angaben über Ihre allgemeine Gesundheit, um eine adäquate und risikoarme Behandlung zu gewährleisten. Ihre Daten werden von uns gespeichert, unterliegen aber der ärztlichen Schweigepflicht gem. §203 STGB. Darüber hinaus interessieren uns Ihre Wünsche und Vorstellungen bezüglich der zahnmedizinischen Versorgung.

Name des Patienten:	Vorname:	geb.:
Name des Versicherten:	Vorname:	geb.:
Straße:	PLZ/Ort:	
☑Privat:	☑Mobil:	Em@il:
Beruf:	Arbeitgeber:	☑Dienstl.:

Ihre Versicherung
 Gesetzlich Freiwillig versichert
 Privat Beihilfeberechtigt

Ihre allgemeine Gesundheit:

<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Hepatitis A,B,C,D,E
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Künstl. Herzklappen	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Blutdruck hoch/niedrig	<input type="checkbox"/> Ohnmachtneigung	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung/Hämophilie	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Tumorleiden		

Allergie gegen: _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Sind Sie Raucher ? nein ja, ___ Zigaretten pro Tag

Für unsere Patientinnen:
Besteht eine Schwangerschaft ? nein ja unklar

Grund Ihres Besuches ?

<input type="checkbox"/> akute Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Zahnersatz
<input type="checkbox"/> Kiefergelenksbeschwerden	<input type="checkbox"/> Mundgeruch	<input type="checkbox"/> Kariesprobleme	<input type="checkbox"/> _____

Sie sind uns wichtig
Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor der Behandlung Starker Würgereiz Behandlung nur mit Betäubung

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst ? _____

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen ? _____

Ihre Beratungswünsche

<input type="checkbox"/> Parodontologie	<input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung (PZR)	<input type="checkbox"/> Zahnaufhellung (Bleaching)
<input type="checkbox"/> Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Implantate	<input type="checkbox"/> Zahnästhetik/Kosmetik
<input type="checkbox"/> Zahnfarbene Füllungen	<input type="checkbox"/> Amalgamsanierung	<input type="checkbox"/> _____

Sie können von uns erwarten, dass wir die mit Ihnen vereinbarten Termine einhalten. Andererseits darf die Zeit nicht die Art und Qualität der Behandlung diktieren. Wir bitten um Verständnis, wenn sich einmal Wartezeiten trotz Planung und Absprache nicht ganz vermeiden lassen. Falls Verzögerungen im Tagesplan für uns absehbar sind, versuchen wir, Sie telefonisch zu erreichen.

Termine, die Sie nicht einhalten können, müssen bis spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, da ansonsten die entstehenden Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Bonn, den _____