

Patient:

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.

Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit

Wir sind vom Gesetzgeber verpflichtet diese Angaben jährlich neu zu erfassen.

(lt. Medizinproduktegesetz Kat. IB/18-2.1 Bundesgesundheitsblatt/Gesundheitsschutz 4.2006)

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein - Warum?

Ggf. die Adresse/Telefonnummer des Arztes

Welche Medikamente müssen Sie regelmäßig einnehmen?

Bestehen Allergien gegen Materialien oder Medikamente?

Sind Sie Raucher? ja nein

besteht Zahnfleischbluten? ja nein

Knirschen ja nein

Erkrankungen

Hatten Sie einen Schlaganfall? ja nein

Lungenerkrankung / Asthma? ja nein

Herzschwäche ? ja nein

Unregelmäßiger Herzschlag ? ja nein

Herzschrittmacher? ja nein

Herzklappenersatz? ja nein

Herzpass? ja nein

Zu hoher Blutdruck? ja nein

Zu niedriger Blutdruck? ja nein

Hatten Sie einen Herzinfarkt? ja nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein

Sind sonstige Herz-Kreislaufkrankungen bekannt?

Gelbsucht (Hepatitis)? ja nein

Tuberkulose? ja nein

HIV? ja nein

Sind sonstige Infektionskrankheiten bekannt?

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein

Leiden Sie unter erhöhter Blutungsneigung ja nein

Haben Sie einen erhöhten Augendruck? ja nein

Sind Sie Epileptiker? ja nein

Haben Sie Osteoporose? ja nein

Haben Sie Rheuma? ja nein

Sind Sie Diabetiker? ja nein

Liegen sonstige Erkrankungen vor?

Krebserkrankung? ja nein

Patient: _____

Sie sind uns wichtig

Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden? (ggf. bitte erläutern)

Mit Amalgamfüllungen bin ich auch weiterhin einverstanden ja nein
Es besteht eine starke Schmerzempfindlichkeit? ja nein
Ich habe einen starken Würgereiz ja nein
Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Ich möchte mehr wissen über:

Implantate / Implantatversorgung ja nein
Kieferorthopädie ja nein
Narkosebehandlung ja nein
Zahnersatzberatung ja nein
Angstbehandlung ja nein
Kiefergelenksbeschwerden ja nein
"Weiße Füllungen" (Komposit, Kunststoff) ja nein
"Weiße Zähne" (Bleaching, Zahnaufhellung) ja nein
Zahnschmuck ja nein
Professionelle Zahnreinigung ja nein
Sonstige Wünsche:

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes, sie werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Hinweis:

Zu oft werden Termine leider nicht eingehalten oder sehr kurzfristig abgesagt - was für uns Ausfallzeit bedeutet, in der wir auch dringende Behandlungen durchführen könnten, wenn wir rechtzeitig - d. h. mindestens am davorliegenden Arbeitstag - informiert würden...

Daher bitten wir Sie, Termine - die Sie nicht einhalten können - entsprechend rechtzeitig zu verschieben, d. h. 24 Stunden vor dem Termin -

da wir die versäumte Zeit sonst mit 50 € je angefangene halbe Stunde Ihres behandelnden Zahnarztes, bzw. mit 25 € je angefangene halbe Stunde Ihrer Prophylaxeassistentin in Rechnung stellen werden.

Zur Kenntnis genommen mit der folgenden Unterschrift:

Berlin, den: _____

Unterschrift _____