



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team vom ZAHNZENTRUM AN DER FLUKE, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

| | | | |
|-----------------------|-----------------|---------------------------|--|
| Name Vorname | | Titel | |
| Straße Hausnummer | | Geburtsdatum Geburtsort | |
| Postleitzahl Ort | | E-Mail | |
| Telefon (privat) | Telefon (mobil) | Telefon (geschäftlich) | |
| Beruf Arbeitgeber | | | |
| Hausarzt (Name Ort) | | | |

KRANKENKASSE | VERSICHERUNG

| | | |
|---|-------------------------------------|--|
| Gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Freiwillig | <input type="checkbox"/> Pflicht |
| Privat versichert | <input type="checkbox"/> Basistarif | <input type="checkbox"/> Standardtarif |
| Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichert? | | |

| | | | |
|---------------------|--|---------------------------|------------------|
| Name Vorname | | Geburtsdatum Geburtsort | |
| Straße Hausnummer | | Postleitzahl Ort | Telefon (privat) |

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Allergien Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> Haben Sie einen Allergiepass? |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe | <input type="checkbox"/> Herzfehler künstliche Herzklappe |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ohrensausen Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Grüner Star | <input type="checkbox"/> Nieren |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Immunsuppression | <input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen |
| <input type="checkbox"/> Andere nicht aufgeführte Erkrankungen? _____ | | |

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob (CJK) Varianten CJK |
| <input type="checkbox"/> HIV AIDS | <input type="checkbox"/> Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.) | |

Nehmen Sie Medikamente ein?

- Blutdruckmedikamente Bisphosphonate Schmerzmittel Blutverdünnende Medikamente
(z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®)
- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide) Antidepressiva
- Sonstige Medikamente? _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?

Wenn ja, gegen welche? _____

SONSTIGE ANGABEN

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche | Monat? _____
- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____
- Schnarchen Sie?
- Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____

ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Leiden Sie unter Zahnschmerzen? Leiden Sie unter Mundgeruch?
- Blutet Ihr Zahnfleisch? Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?
- Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische
Behandlung durchgeführt?
- Haben Sie sich bereits zu dem Thema Prophylaxe informiert?
- Sonstiges? _____

UNSER SERVICE FÜR SIE

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie über halbjährliche Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen sowie Prophylaxetermine zu informieren. Wählen Sie bitte, wie Sie kontaktiert werden möchten:

- per Post per E-Mail per SMS per Anruf kein Interesse

Wünschen Sie eine Terminerinnerung? Wenn ja, auf welchem Wege?

- per SMS per Anruf kein Interesse

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis und Aktionen übersenden? Wenn ja, auf welchem Wege?

- per Post per E-Mail kein Interesse

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

AUFKLÄRUNG ÜBER DIE ZAHNÄRZTLICHE LOKALANÄSTHESIE

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort | Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team vom ZAHNZENTRUM AN DER FLUKE