

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir gemeinsam Ihre zahnmedizinischen Anliegen besprechen, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Angaben. Sie können sich jederzeit an uns wenden, wenn Sie Rückfragen oder Anmerkungen haben. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
geboren am	<input type="text"/> in <input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Tel. privat	<input type="text"/>	Tel. mobil	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>

Schicken Sie die Rechnung bitte an Patienten Versicherten

Fritzlar, den _____

Unterschrift _____



Patient

Vorname

Name

Grund ihres Besuchs

Überweisung durch Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten/-rückgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopf- und Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was sollen wir bei der Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starke Schmerzempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starker Würgereiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was haben Sie bei früheren Zahnarztbesuchen vermisst?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Beratungswunsch

Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnästhetik/Schöne Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung von Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahngesunde Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstpatient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantate/Implantatversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung unter Narkose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsfragen

Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankungen (z. B. Insuffizienz, Endokarditis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-/Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasen-/Nebenhöhlenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (z. B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besteht eine Allergie (auch gegen Medikamente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Gerinnungshemmer (Blutverdünner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortison (Entzündungshemmer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisphosphonat (bei Tumor/Osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychopharmaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurde bei Ihnen schonmal eine Zahnfleisch- bzw. Parodontitisbehandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welchem Monat? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte bringen Sie Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch mit. Sollten Sie sie einmal vergessen, können Sie sie uns 14 Tage nach der Behandlung nachreichen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Sie sonst als als Privatpatient betrachten und Ihnen eine Rechnung stellen.