

ZAHNARZTPRAXIS

FRIESEN - VALES

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Bitte teilen Sie uns zukünftige Änderungen umgehend mit. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Patient:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtstag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ/Ort	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Fax	Mobiltelefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf (Firma)		
<input type="text"/>		

Versicherung:

privat versichert gesetzlich versichert freiwillig versichert

Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtstag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ/Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Für privat Krankenversicherte:

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Aufgrund der Vielfalt an Tarifen und Erstattungsmodalitäten können wir eine vollständige Übernahme Ihrer Behandlungskosten durch Ihre private Versicherung nicht garantieren. Eine Abklärung der Erstattungsleistungen ist nur durch Erstellen eines (bei Zahnerstz gebührenpflichtigen) Kostenvorschlags möglich.

Für gesetzlich Krankenversicherte:

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung? ja nein

Wir setzen uns für die optimale Behandlung eines jeden unserer Patienten ein. Manche Versicherungen übernehmen die Kosten für einige unserer Behandlungsmethoden und Materialien nicht oder nur teilweise. Wir informieren Sie rechtzeitig über Umfang und Kosten der Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Versicherung übernommen werden.

Haben Sie einen rechtlichen Betreuer/Vormund? ja nein Wenn ja, Name: Telefon:

Hausarzt:

 Ort: Telefon:

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein Weshalb?

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein unklar Welche Woche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig, bzw. zur Zeit ein?

Haben Sie eine Bisphosphonat-Therapie erhalten/oder ist solch eine geplant? ja nein

Letzte Röntgenuntersuchung:

Wann und wo wurde die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung durchgeführt?

Gab es je Probleme bei einer ärztlichen Untersuchung? ja nein

Haben Sie Angst vor dem Zahnarztbesuch oder schlechte Erfahrungen gemacht? ja nein

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

Herz-/Kreislaufkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Angina pectoris, Herzasthma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler oder -ersatz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Angeborene Herzfehler	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Zustand nach Herzinfarkt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Niedriger Blutdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Myokarditis (Herzmuskelentzündung)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			

Infektionskrankheiten:

HIV-Infektion, AIDS	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis (Gelbsucht)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Sonstige:	<input type="text"/>	

Sonstige Erkrankungen:

Diabetes (Zuckerkrankheit)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Rheuma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Asthma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Tumor	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Grüner Star	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Ohnmachtsanfälle	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			

wenn ja, wie wird diese behandelt?:

Bestehen Allergien bzw. Unverträglichkeiten?

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Allergiepass	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	--------------	-----------------------------	-------------------------------

Rauchen Sie?

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Seit wann? <input type="text"/>	Wie viel? <input type="text"/>
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

Grund Ihres Besuchs:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang |
| <input type="checkbox"/> Individualprophylaxe | <input type="checkbox"/> Knirschen/Pressen |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Bleaching/Zahnaufhellung |
| <input type="checkbox"/> Interesse an Zahnimplantaten | |

Haben Sie einen ästhetischen Wunsch? Welchen?

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

Haben Sie schon von der Individualprophylaxe gehört? ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Bitte beachten Sie, dass eine Injektion zur Schmerzausschaltung Ihre Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigen kann. In sehr seltenen Fällen können sich allergische Reaktionen bzw. ein anhaltendes Taubheitsgefühl oder Geschmacksirritationen einstellen. Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung. Außerdem führen wir eine Bestellpraxis. Dies erspart Ihnen längere Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Sie da.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit deren Speicherung einverstanden:

Datum _____ Unterschrift (Patient / Zahlungspflichtiger)

Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.