

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Schön, dass Sie bei uns sind.

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

Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum und -ort
Straße	PLZ und Ort	E-Mail
Telefon	Fax	Mobiltelefon
Beruf	Arbeitgeber	Telefon
Versicherung		
privat versichert ☐	gesetzlich versichert ☐	freiwillig versichert ☐

Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ und Ort	Telefon
Beruf	Arbeitgeber	

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Für gesetzlich Krankenversicherte:

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung? ja ☐ nein ☐

Wir setzen uns immer für die optimale Behandlung eines jeden unserer Patienten ein. Manche Versicherungen übernehmen die Kosten für einige 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.

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 immer garantieren.

Was ist der Grund für Ihren Zahnarztbesuch?

Kontrolluntersuchung	☐	Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang	☐
Zahnschmerzen	☐	Professionelle Zahnreinigung	☐
Beratung	☐	Kiefergelenksbeschwerden/Knirschen	☐
Implantate	☐	Bleaching/Zahnaufhellung	☐

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? ja ☐ nein ☐

Falls nicht, was möchten Sie verändern?

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Sind aktuelle Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne vorhanden? ja ☐ nein ☐

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja ☐ nein ☐ Weshalb?

Hausarzt: Ort: Telefon:

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? ja ☐ nein ☐ unklar ☐ Welcher Monat?

Haben Sie je Medikamente aus der Gruppe der **Bisphosphonate** (z.B. Zometa, Bondronat, Lodronat, Aredia, Fosavance, Fosamax etc.) eingenommen? ja ☐ nein ☐

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

Herz-/Kreislaufkrankungen:

Herzklappenersatz	ja ☐ nein ☐	Zustand nach Schlaganfall	ja ☐ nein ☐
Herzschrittmacher	ja ☐ nein ☐	Hoher Blutdruck	ja ☐ nein ☐
Zustand nach Herzinfarkt	ja ☐ nein ☐	Niedriger Blutdruck	ja ☐ nein ☐
Sonstige:			

Infektionskrankheiten:

HIV-Infektion, AIDS	ja ☐ nein ☐	Hepatitis A ☐ B ☐ C ☐	ja ☐ nein ☐
Tuberkulose	ja ☐ nein ☐	Sonstige:	

Sonstige Erkrankungen:

Diabetes (Zuckerkrankheit)	ja ☐ nein ☐	Blutgerinnungsstörungen	ja ☐ nein ☐
Schilddrüsenerkrankung	ja ☐ nein ☐	Rheuma	ja ☐ nein ☐
Osteoporose	ja ☐ nein ☐	Tumor	ja ☐ nein ☐
Asthma	ja ☐ nein ☐	Anfallsleiden (Epilepsie)	ja ☐ nein ☐
Grüner Star	ja ☐ nein ☐	Ohnmachtsanfälle	ja ☐ nein ☐
Erkrankung der Leber	ja ☐ nein ☐	Migräne	ja ☐ nein ☐
Heilen Wunden schlecht?	ja ☐ nein ☐	Gelenkprothese	ja ☐ nein ☐

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Welche?

Liegen sonstige Erkrankungen vor?

Welche?

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

Nehmen Sie regelmäßig Betäubungsmittel? ja ☐ nein ☐ Welche?

Rauchen Sie? ja ☐ nein ☐ Seit wann? Wie viel?

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. Die Abtretung von Forderungen an Dritte (beispielsweise Versicherungen), die aus dem Behandlungsverhältnis mit der Praxis Dr.Stein+Dr.Stein resultieren, ist ausgeschlossen. 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 lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Sie da. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden privat in Rechnung stellen (gemäß §615 BGB / Amtsgericht Fulda (Az. 34 C 120/02/D), 16.05.2002).

Als besonderen Service bieten wir Ihnen einen unverbindlichen Erinnerungsdienst für Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchungen an.

Wünschen Sie diese Erinnerung? ja ☐ nein ☐ Dies können Sie jederzeit widerrufen.

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

..... Datum	 Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigter)	 überprüft am	 Unterschrift (Arzt)
----------------	--	-----------------------	------------------------------