

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich berücksichtigen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Zahnärzte Carsten Heidrich und Ines Hidde

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ	Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	
E-Mail	Beruf, Arbeitgeber	

Recall-Terminerinnerung

Möchten Sie an die regelmäßige Vorsorge-Untersuchung zum Erhalt Ihrer Zuschüsse im Bonusheft erinnert werden? Ja, per ...

Karte Anruf keine

Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Zusatzversichert

Beihilfeberechtigt Privat versichert Basistarif

Sind Patient und Mitglied der Versicherung bzw. Rechnungsempfänger nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Betroffenen.

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung Im Vorbeigehen Anzeige _____

Name _____

Internet Sonstiges _____

bitte wenden >>

Allgemeine Situation

	ja	nein		ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B, C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Infektionskrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche _____		
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____			Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____			Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Heparin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen _____			Sonstige Medikamante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Wenn ja, welche? _____		
Sind in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne erstellt worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, durch wen? _____			Wenn ja wieviel? _____		
_____			Für unsere Patientinnen Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Wenn ja, in welcher Woche _____		
_____			Haben Sie Angst vor med. Eingriffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/>	Beratung	<input type="checkbox"/>	Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/>
Neuer Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	Zweitmeinung	<input type="checkbox"/>	Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>
Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/>	Kiefergelenksbeschwerden	<input type="checkbox"/>		

Sonstiges _____

	ja	nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Würden Ihre Zähne bisher regelmäßig viertel-/halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie viertel- /halbjährlich / jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen? _____

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden. **Andernfalls behalten wir uns vor, die daraus entstehenden Ausfallkosten in Rechnung zu stellen.** Wenn Sie gesetzlich versichert sind, benötigen wir Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns sieben Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient/in und Sie erhalten eine Rechnung. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift