

# Zahngesundheit im Loretto

Dr. Frank-Michael Maier  
Dr. Annette Maier

Tel.: 07071-35161  
Fax: 07071-538886



## 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.

Ihr Praxisteam Zahngesundheit

### Patient:

Name		
Vorname	Geburtstag	
Straße		
PLZ/Ort	E-Mail	
Telefon		
Fax	Mobiltelefon	
Beruf		
Arbeitgeber	Telefon	

### Versicherung:

privat versichert     gesetzlich versichert     freiwillig versichert

### Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied:

Name		
Vorname	Geburtstag	
Straße		
PLZ/Ort	Telefon	
Beruf		
Arbeitgeber		

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

#### Für privat Krankenversicherte:

Sind Sie beihilfeberechtigt? ..... ja    nein  
Sind Sie in einem Basistarif der privaten Krankenversicherung versichert? ..... 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 gebührenpflichtigen Kostenvorschlags möglich.

#### Für gesetzlich Krankenversicherte:

Sind Sie in einer privaten Zusatzversicherung versichert? ..... 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.

<b>Hausarzt:</b>	<b>Ort:</b>	<b>Telefon:</b>
------------------	-------------	-----------------

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ..... ja nein

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? . ja nein unklar

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit ein?

**Haben Sie eine Bisphosphonat-Therapie erhalten?** ..... ja nein

**Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?**

**Herz-/ Kreislaferkrankungen:**

Herzschwäche (Insuffizienz) .....	ja	nein	Myokarditis (Herzmuskelentzündung) .....	ja	nein
Durchblutungsstörungen .....	ja	nein	Angina pectoris, Herzasthma .....	ja	nein
Herzklappenfehler oder -ersatz .....	ja	nein	Angeborene Herzfehler .....	ja	nein
Herzschrittmacher .....	ja	nein	Zustand nach Herzinfarkt .....	ja	nein
Herzrhythmusstörungen .....	ja	nein	Erhöhter Blutdruck .....	ja	nein
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) .....	ja	nein	Verminderter Blutdruck .....	ja	nein

**Infektionskrankheiten:**

HIV-Infektion AIDS .....	ja	nein	Hepatitis (Gelbsucht) .....	ja	nein
Tuberkulose .....	ja	nein	<input style="width: 100px;" type="text" value="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
Lebererkrankung .....	ja	nein	Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) .....	ja	nein

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten?** ..... ja nein

Rauchen Sie? ..... ja nein

**Liegen sonstige Erkrankungen vor?** ..... ja nein

Sind Sie drogenabhängig? ..... ja nein

Überweisender oder vorheriger

<b>Hauszahnarzt:</b>	<b>Ort:</b>	<b>Telefon:</b>
----------------------	-------------	-----------------

Wann und wo wurde die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung durchgeführt?

**Fragen zu Ihrer Mundgesundheit:**

Reagieren Ihre Zähne empfindlich auf Kälte? .....	ja	nein	Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen? .....	ja	nein
Schmerzt Ihr Kiefergelenk beim Essen? .....	ja	nein	Knirschen Sie mit den Zähnen? .....	ja	nein
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? .....	ja	nein			

**Bei Kindern:**

Erhält Ihr Kind Fluoridtabletten? ..... ja nein

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 Zahngesundheit Dres. Maier resultieren, ist ausgeschlossen.

**Wir führen eine Bestellpraxis.** Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden privat in Rechnung stellen.

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

Datum                      Unterschrift    Überprüft am                      Unterschrift