



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 im Loretto

Patient:

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

Versicherung:

privat versichert gesetzlich versichert freiwillig versichert

Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied:

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

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 Kostenvoranschlags 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.

Hausarzt: Ort: Telefon:

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

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

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-/ Kreislaufferkrankungen:

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	Sonstige:		
MRSA Infektion	ja	nein			

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 **Liegen sonstige Erkrankungen vor?** ja nein

Welche?

Welche?

Rauchen Sie? ja nein

Sind Sie drogenabhängig? ja nein

Seit wann? Wie viel?

Welche Drogen?

Überweisender oder vorheriger

Hauszahnarzt: Ort: Telefon:

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 Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? ... 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 im Loretto 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.