

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 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

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

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

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
-------	--------------	--------------	--------------