

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

1/3

Wir freuen uns, dass Sie unserer Praxis Ihre Gesundheit anvertrauen. Um Sie individuell und umfassend beraten und behandeln zu können, bitten wir Sie, dieses Formular möglichst vollständig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden ausschließlich für unsere Verwaltungsarbeit und zum Zweck Ihrer gesundheitsgemäßen Versorgung verwendet. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen natürlich gerne weiter.

Angaben zu Ihrer Person:

Name	Vorname	Geburtsdatum
.....		
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort	
.....		
Telefon privat	Handy	E-Mail
.....		
Arbeitgeber		
.....		
Beruf	Telefon beruflich	
.....		

Angaben zu Ihrem Versicherungsstatus:

privat versichert im Basistarif beihilfeberechtigt

.....
 gesetzlich versichert bei zusatzversichert bei

Wenn Sie nicht selbst krankenversichert sind:

Versicherte/r Anschrift

.....

Wer soll die Rechnung erhalten:

Name / Vorname Anschrift

.....

Fragen zu Ihrer Gesundheit:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse so vollständig wie möglich. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich unserer ärztlichen Schweigepflicht.

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? nein ja, wegen

Ihr Hausarzt / Facharzt

.....
 Name / Anschrift / Telefon

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? nein ja, in derWoche
 Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen
 im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? nein ja, von

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja, und zwar

Nehmen Sie gerinnungshemmende
 Medikamente (z.B. Marcumar) ein? nein ja, und zwar

Nehmen Sie Beruhigungs- oder Aufputzmittel? nein ja, und zwar

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? nein ja

Rauchen Sie? nein ja, täglichZigaretten

Schnarchen Sie? nein ja

Leiden Sie unter einer der nachfolgenden Erkrankungen?

Allergien / Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gegen / von
Erkrankungen der Atemwege / Lungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Asthma
Augenkrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Grüner Star
Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Blutungsneigung <input type="checkbox"/> Blutarmut
Herzkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Herzschwäche (Insuffizienz) <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Angina Pectoris <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Klappenersatz
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> HIV (Aids) <input type="checkbox"/> Sonstige
Kreislaufferkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zu hoher <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> Herzinfarkt
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Leberentzündung (Gelbsucht) <input type="checkbox"/> Hepatitis, welche?
Erkrankungen des Nervensystems	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Epilepsieformen / Anfälle <input type="checkbox"/> Krämpfe
Osteoporose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Zucker (Diabetes) <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen <input type="checkbox"/> Schilddrüsenfehlfunktion
Vegetative Krankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle
Leiden Sie unter einer Krankheit, die hier nicht aufgeführt ist? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja,

Falls sich an Ihrem Gesundheitszustand etwas ändert, informieren Sie uns bitte bei Ihrem nächsten Besuch darüber.

ganz. schön. gesund.

Allgemeine Fragen:

Worüber möchten Sie gern mehr wissen?

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entgiftungskonzepte mit Amalgam-Ausleitung | <input type="checkbox"/> Festsitzenden Zahnersatz / Implantate |
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt-Laser-Behandlung | <input type="checkbox"/> Schöne, weiße Zähne |
| <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Keramikfüllung in einer Sitzung | <input type="checkbox"/> Applied Kinesiology |
| <input type="checkbox"/> Ganzheitliche Zahnheilkunde | <input type="checkbox"/> Professionelle Vorsorge für ein Leben mit gesunden Zähnen |
| <input type="checkbox"/> angstfreie Behandlung mit Lachgas | <input type="checkbox"/> Diagnostik mit Digitalem Volumen Tomographen |

Wie sind Sie mit Ihrer Zahnstellung und / oder Zahnfarbe zufrieden?

- sehr zufrieden zufrieden nicht zufrieden

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von Anzeige Internet Sonstiges, und zwar

Haben Sie ein Bonusheft eines anderen Zahnarztes? nein ja

Wie möchten Sie gern an Ihre Termine in unserer Praxis erinnert werden?

- per Post per E-Mail per SMS

Hinweis zur Abrechnung:

In unserer Praxis wird nach den Bestimmungen der GOZ abgerechnet. Der Faktor liegt in der Regel zwischen dem 1,0- und 3,5-fachen Satz und richtet sich nach dem Schwierigkeitsgrad der Behandlungen. Höhere Ansätze werden vorher besprochen und Ihnen in einem Kostenvorschlag bekannt gegeben. Für Laborleistungen wird die BEB zugrunde gelegt.

Ich bestätige, dass ich die Informationen gelesen und verstanden und die Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Mit der schriftlichen Terminbenachrichtigung und einer Erinnerung per SMS oder E-Mail bin ich einverstanden.

.....
 Datum und Unterschrift