

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bitte beantworten Sie vor Behandlungsbeginn die folgenden zwei Seiten (Vorder- und Rückseite) zu Ihrer Gesundheit und beachten Sie diese kleine Kurzinformation über unsere Praxis:

Sie werden bei uns von *Herrn Dr. Stefan Veit* und unserer Zahnärztin *Frau Sonja Diezler* behandelt.

In der Assistenz unterstützen uns *Frau Adam, Frau Heiliger und Frau Azimi*,
Die zahnmedizinische Prophylaxe und Beratung wird von *Frau Bienefeld* durchgeführt.
Für Abrechnungs- und Terminfragen ist *Frau Adam* zuständig.

Wie wichtig sind Ihnen folgende Bereiche?

(Bitte setzen Sie ein Kreuz: 1 = sehr wichtig, 2 = wichtig, 3 = nicht so wichtig, 4 = unwichtig)

	1	2	3	4
• <u>Behandlung stets vom selben Arzt /Ärztin</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>Karies-Vorbeugung</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>Parodontose (Zahnfleisch) -Vorbeugung</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>Amalgamsanierung</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>Kiefergelenkserkrankung</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>Knirschen der Zähne</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>Beratung wegen Mundgeruch oder Schnarchen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>Ästhetische Zahnheilkunde*</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* z. B. - <i>Bleaching</i> = Schonendes Weißmachen der Zähne - Beseitigung von hässlichen Verfärbungen, Lücken - Anbringen von Zahnschmuck (Dazzler, Diamant)				

Gerne geben wir Ihnen auch Informationen über die aufgezählten Bereiche.

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Haben Sie sonstige Wünsche, wenn ja, welche?

Haben Sie zu Ihrer gesetzlichen Krankenkasse eine Zusatzversicherung oder sind Sie beihilfeberechtigt?

Kommen Sie auf Empfehlung (bitte ankreuzen):

- eines anderen Arztes _____, - eines anderen Patienten _____,

Wenn ja, von wem?.....

oder aufgrund der Medien (Internet; Telefonbuch, Gelbe Seiten, o. ä.) _____?

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: _____
Name Vorname Geb. Datum

Versicherter: _____
Name Vorname Geb. Datum Krankenkasse
 pflichtversichert freiwillig versichert Privatversicherung

Anschrift: _____
Postleitzahl Ort Straße Tel. priv.

Email-Adresse _____ Handy: _____

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____

Telefon geschftl.: _____

Name und Anschrift des Hausarztes: _____

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt **Ja** **Nein**

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)
unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
Herzasthma, Angina pectoris
Herzschrittmacher, Herzklappen.....

Kreislaufferkrankungen: zu hoher Blutdruck
zu niedriger Blutdruck
Herzinfarkt, wann?
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente
Ohnmachtsanfälle

Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)
Magen-Darm-Erkrankungen
Schilddrüsenerkrankungen

Erkrankung des Nervensyst.: epileptiforme Anfälle / Krämpfe

Bluterkrankungen: Blutungsneigungen (Hämophilie)
Blutarmut

Allergien: Ekzeme
Penicillin - Überempfindlichkeit
Asthma
Besitzen Sie einen Allergiepass?
Überempfindlichkeit gegen _____

Infektionskrankheiten: Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A od. B).....
Tuberkulose
chronische Erkrankungen der Luftwege – Husten usw.....
AIDS, HIV

Immunsystem: Leiden Sie unter Erkrankung des Immunsystems?.....
Wenn ja welche? _____

Sonstige Erkrankungen (z. B. Kopf- Nackenschmerzen, Migräne, Tinnitus): _____
Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? _____

Weitere Angaben: Sind oder waren Sie drogenabhängig?
Sind Sie frisch operiert?
Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? _____
Sind Sie schwanger? (welcher Monat:)
Welche Hilfsmittel benutzen Sie zur Zahnpflege: _____

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Die Termine werden ausschließlich für Sie reserviert. Sollte es Ihnen nicht möglich sein, einen Termin von 1 Stunde oder länger wahrzunehmen, so bitten wir Sie, diesen Termin mindestens 2 Werktage vorher abzusagen. Sollte ein solcher Termin nicht eingehalten oder rechtzeitig abgesagt werden, bin ich darüber aufgeklärt worden, dass die anfallenden Betriebskosten in Höhe von 60€ je angefangener Stunde in Rechnung gestellt werden können.

Datum, Unterschrift Patient / Versicherter _____