

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.

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. - *Bleaching* = 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzasthma, Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher, Herzklappen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufferkrankungen:	zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Nervensyst.:	epileptiforme Anfälle / Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen:	Blutungsneigungen (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien:	Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Penicillin - Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überempfindlichkeit gegen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A od. B).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	chronische Erkrankungen der Luftwege – Husten usw.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AIDS, HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsystem:	Leiden Sie unter Erkrankung des Immunsystems?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie frisch operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? _____		
	Sind Sie schwanger? (welcher Monat:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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 _____