

Schön, Sie zu sehen!

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Interesse einer komplikationslosen und erfolgreichen Behandlung, bitten wir Sie, diesen Informations- und Anmeldebogen möglichst vollständig auszufüllen. Nur dann können wir optimal auf Ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse eingehen.

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Versicherter (für Familienversicherte > falls vom Patient abweichend)

Name des Versicherten: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße/Hausnummer: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____ Handynummer: _____

Email-Adresse: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Name der Krankenkasse / Privatkrankenkasse: _____ / sind Sie zusatzversichert?

(zutreffendes bitte einkreisen)

ALLGEMEINE SITUATION

-Medikamentenallergie ja nein

-andere Allergien ja nein

wenn ja, welche: _____

Leiden Sie an einem der nachstehenden Krankheitsbilder?

-Atemwegserkrankung ja nein

z.B. Asthma / Bronchitis ja nein

-Schilddrüsenfehlfunktion ja nein

-Herzerkrankung ja nein

-hoher Blutdruck ja nein

-niedriger Blutdruck ja nein

-Blutgerinnungsstörungen ja nein

-Infektionskrankheiten

wie Hepatitis A,B,C / HIV ja nein

-TBC ja nein

-Diabetes ja nein

-grüner Star ja nein

-rauchen Sie ja nein

-nehmen Sie Drogen ja nein

-besteht/bestand eine

Alkoholabhängigkeit ja nein

ZAHN / MUNDSITUATION:

Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns?

Leiden Sie an folgenden Problemen?

-Zahnfleischbluten ja nein

-Zahnfleischrückgang ja nein

-Geräusche im Kiefergelenk

z.B. beim Kauen oder Gähnen ja nein

-Kopf- oder Nackenschmerzen ja nein

-tragen Sie Zahnersatz ja nein

wenn ja, seit wann: _____

-Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer

Zähne, also mit Ihrem Lächeln

zufrieden? ja nein

-benutzen Sie außer Ihrer Zahnbürste weitere

Hilfsmittel?

Wenn ja, wie oft und welche: _____

-kennen Sie die professionelle

Zahnreinigung ja nein



Gleich haben Sie es geschafft!

- befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung ja nein
wenn ja, warum? _____
- wer ist Ihr Hausarzt? _____
- nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? ja nein
wenn ja, welche? _____
- tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
- benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe? ja nein
- besitzen Sie einen Herzpass? ja nein
- wann wurden Sie zum letzten mal zahnärztlich geröntgt? Vor _____ Monaten,
bei Zahnarzt _____
- besteht eine Schwangerschaft? ja, ich bin in der _____ Woche
Nein

Haben Sie besondere Wünsche beim Zahnarzt?

Wünschen Sie unseren kostenlosen Erinnerungsservice vor Terminen per SMS? ja nein

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie zu uns gekommen sind?

Besondere Hinweise:

Wir machen darauf aufmerksam, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Weiterhin bitten wir Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.

Wir sind eine Bestellpraxis, die sich durch kurze Wartezeiten auszeichnet. Wir reservieren die zur Behandlung erforderliche Zeit extra für Sie. Die ganze Praxis ist also auf Ihren Besuch eingestellt. Wenn Sie nicht zum vereinbarten Termin erscheinen, sind weder der Zahnarzt noch die Mitarbeiter ausgelastet. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie, rechtzeitig (spätestens 48 Stunden vorher) abzusagen. Diese Vereinbarung dient nicht nur zur Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß §615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.

Und zum Schluss?

Wir möchten, dass Sie sich wohl bei uns fühlen und die entspannte und angenehme Atmosphäre genießen können. Wenn wir etwas tun können, um Ihnen Ihren Aufenthalt noch angenehmer zu gestalten, so lassen Sie es uns bitte wissen. Wir stehen Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

_____ Datum

_____ Unterschrift (bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)