



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir gemeinsam Ihre zahnmedizinischen Anliegen besprechen, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Angaben. Für eine adäquate und risikoarme Behandlung sind vor allem medizinische Informationen wichtig. Bitte wenden Sie sich jederzeit vertrauensvoll an uns, wenn Sie Rückfragen oder Anmerkungen haben. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTENDATEN

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Geboren am	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> in <input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Hausarzt	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>		

Wie sind Sie versichert? gesetzlich mit Zahnzusatzversicherung privat
Sind Sie beihilfeberechtig? ja nein

VERSICHERTENDATEN (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Schicken Sie die Rechnung bitte an Patienten Versicherten

Versicherter	<input type="text"/>	Geboren am	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>

ERKLÄRUNG

Bitte erinnern Sie mich halbjährlich jährlich an meinen nächsten Vorsorgetermin sowie professionelle Zahnreinigung per E-Mail SMS (Mehrfachnennung möglich)

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Oberursel, den _____ Unterschrift _____

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden



ZAHNÄRZTE DRES. MADER

GRUND IHRES BESUCHS

Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Kopf- und Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Kiefergelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Knirschen	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Mundgeruch	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Sonstiges _____		

SIE SIND UNS WICHTIG

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor dem Zahnarztbesuch	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Starke Schmerzempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Starker Würgereiz	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J

Was haben Sie bei früheren Zahnarztbesuchen vermisst

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

BERATUNGSWUNSCH

Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Weißer Zähne (Bleaching)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Zahnästhetik/ Kosmetik	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Zahnfarbene Keramikfüllungen	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Amalgamsanierung	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Implantate	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Sonstiges _____		

GESUNDHEITSPRAGEN

Herzkrankung	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Künstliche Herzklappen	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Blutungsneigung/Bluterkrankung	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Rheuma	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Diabetes	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Lebererkrankung (zB Hepatitis)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Magen-/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Epilepsie	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Infektionskrankheiten (HIV, Hep.)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J

Sonstige Erkrankung	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Wenn ja, welche? _____		

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Marcumar/ASS	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Cortison	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Biphosphonat	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Chemotherapie/ Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Sonstige _____		

Haben Sie Allergien/ Unverträglichkeiten?

Antibiotika	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Lokalanästhesie	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Sonstige _____		

Rauchen Sie? N J

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie Schwanger? N J

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Hiermit bestätige ich, _____, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben. Oberursel, den _____

Unterschrift _____