

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis !

Um Sie bestmöglich zu versorgen, benötigen wir Informationen zu Ihrer Gesundheit. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Patient:                      Name                                      Vorname                                      Geb.-Datum

Zahlungspflichtiger: Name                                      Vorname                                      Geb.-Datum

Anschrift:                      Straße, Nr.                                      PLZ, Wohnort                                      **Telefon privat**

Beruf                                      Arbeitgeber                                      **Telefon beruflich**

Krankenkasse / Versicherung                                      Versicherten - Nr.                                      **Mobil - Telefon**

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_  
(persönl. Empfehlung, Website, Facebook, Jameda, Telefonbuch)

Hausarzt / Facharzt: \_\_\_\_\_

Hinweis für Kassenpatienten: **wichtig:** Ich habe bei meiner Krankenversicherung die Kostenerstattung gewählt  Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung und bis zum jeweiligen Quartalsende nicht vor, so müssen wir Ihnen leider eine private Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte ausstellen.

Hinweis für Behandlungen von Privatpatienten und andere private Behandlungen: Rechnungen sind direkt und in voller Höhe nach Erhalt fällig, unabhängig vom Erstattungsverhalten von Erstattungsstellen. Sollten Sie in einem Basistarif versichert sein, informieren Sie uns bitte **vor** Behandlungsbeginn, damit wir mit Ihnen ein Aufklärungsgespräch über die Behandlungskosten führen können.

Wir sind immer bemüht, Ihnen in unserer Bestellpraxis lange Wartezeiten zu ersparen, auch wenn uns zusätzliche Patienten mit Schmerzen aufsuchen.

Für den Fall, dass Sie zu einem Termin verhindert sein sollten, bitten wir um rechtzeitige Absage (mindestens 24 Stunden vorher, bzw. bei längeren Terminen wie Zahnersatz-, Parodontose- Behandlung oder professioneller Zahnreinigung mindestens zwei Werktag vorher). Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie an, dass Sie anderenfalls leider für die entstandenen Ausfallkosten zahlungspflichtig sind.

- 2/2 -

## Anamnesebogen zu Ihrer Gesundheit

- Ich interessiere mich für zahnmedizinische Vorsorge (Prophylaxe) ja  nein
- Ich interessiere mich für Implantate ja  nein
- Ich habe Probleme mit dem Zahnfleisch oder lockeren Zähnen ja  nein
- Ich bekomme meine Zähne nicht richtig weiß ja  nein
- Ich wünsche eine Beratung über Behandlungen nach dem neuesten medizinischen Stand, unabhängig von der Erstattung durch gesetzliche oder private Versicherungen ja  nein

1. a) Herz-/ Kreislauf-Erkrankung? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Herzschrittmacher ja  nein  c) künstliche Herzklappe(n) ja  nein

d) Nehmen Sie Medikamente, welche die Blutgerinnung hemmen? ja , \_\_\_\_\_ nein

2. Zuckerkrankheit (Diabetes) ja  nein

3. Gegenwärtige Erkrankungen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Sind Sie gegen etwas allergisch? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Infektionskrankheiten? (Hepatitis, Tuberkulose, HIV etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Sind Sie zurzeit schwanger? ja  Ihr ermittelter Entbindungstermin: \_\_\_\_\_ nein

8. Rauchen Sie? ja , etwa \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag nein

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen dieser Angaben umgehend mit.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_