

**Sprechzeiten**

Mo bis Fr 7.30 – 12.00 und 14.00 – 18.00 Uhr  
weitere Termine nach Vereinbarung

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bestimmt verändern sich auch Ihre persönlichen Daten hin und wieder. Ein Umzug findet statt, die Telefonnummer ändert sich, eine neue Krankenkasse wird gewählt. Damit wir auf dem neuesten Stand sind und garantiert ist, dass wir Sie bei aufkommenden Fragen immer erreichen können, möchten wir Sie bitten, das untenstehende Formular auszufüllen und in unserer Praxis abzugeben.

Ihre Zahnarztpraxis Thomas Schulze

PERSÖNLICHE ANGABEN DES PATIENTEN

**Mitglied**

Name, Vorname

Geburtsdatum (TT MM JJ)

Herr  Frau  Kind

**Anschrift**

Straße, Hausnummer

Telefon

PLZ, Ort

E-Mail

**Beruf**

Arbeitgeber

**Krankenkasse**

Name der Krankenkasse (Versicherung)

Mitgliedsnummer

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wünschen Sie sich hellere Zähne?

ja  nein

Haben Sie Probleme mit schlechtem Atem oder Geschmacksveränderungen?

ja  nein

Haben Sie sonstige Probleme oder spezielle Wünsche Ihre Zähne/Ihren Mund betreffend?

ja  nein

Wenn ja, welche?

FÜR PRIVATPATIENTEN

Sind Sie beihilfeberechtigt?  ja  nein

Sind Sie in einem Standardtarif versichert?  ja  nein

Liegen in Ihrem Versicherungsvertrag Einschränkungen hinsichtlich einzelner Leistungen vor?

ja  nein

(z. B. Nichterstattung bestimmter Laborkasten/Einschränkung des Steigerungssatzes)

Wenn ja, welche?

FÜR KASSENPATIENTEN

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?

ja  nein

Dürfen wir Sie über neuere/bessere zahnmedizinische Versorgung informieren, auch wenn diese von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

ja  nein

Wünschen Sie Informationen insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm?

ja  nein

Datum

Unterschrift

## PATIENTENDATEN / ERFASSUNGSBOGEN

Um eine optimale und reibungslose Behandlung durchführen zu können, ist es wichtig, dass wir uns ein umfassendes Bild von Ihrem Gesundheitszustand machen können. Deshalb bitten wir Sie, sich zehn Minuten Zeit zu nehmen und den untenstehenden Erfassungsbogen nach bestem Wissen auszufüllen. Selbstverständlich unterliegen die Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden ausschließlich innerhalb unserer Praxis verwendet. Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an unsere Praxismitarbeiter. **Vielen Dank für Ihre Hilfe.**

### Ärztliche Behandlung

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

### Hausarzt/Facharzt

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

### Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

### Allergien

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

\_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein

### Herzerkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)  ja  nein

Unregelmäßiger Herzschlag  ja  nein

Herzasthma, Angina pectoris  ja  nein

Besitzen Sie einen Herzpass?  ja  nein

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Kreislaufkrankungen

Zu hoher Blutdruck  ja  nein

Zu niedriger Blutdruck  ja  nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?  ja  nein

Zustand nach Herzinfarkt \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsanfälle  ja  nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?  ja  nein

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)  ja  nein

Schilddrüsenerkrankungen  ja  nein

Magen-Darm-Erkrankungen  ja  nein

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Infektionskrankheiten

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis NB)  ja  nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege  ja  nein

Tuberkulose  ja  nein

Wurde bei Ihnen ein Aids-test durchgeführt? Ergebnis  positiv  negativ

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Weitere Angaben

Sind oder waren Sie drogen- oder alkoholabhängig?  ja  nein

### Röntgen

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahn-Bereich geröntgt?  ja  nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

### Schwangerschaft

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat?

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift