



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient*in:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Hauptversicherte*r:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefon: _____ Mobile: _____

E-Mail: _____ Hausarzt/-ärztin: _____

Versicherung: gesetzlich freiwillig PKV-Standardtarif Zahnzusatzversicherung
 privat Beihilfe PKV-Basistarif

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:

Herz-/Kreislauferkrankungen? Herzschrittmacher/Bypass/Stent?

Bluthochdruck (hoch/niedrig/eingestellt)? Herzinfarkt/Angina pectoris/Schlaganfall?

Herzklappenerkrankung/-ersatz? Haben Sie ein Herzpass?

Künstliche Gelenke (z.B. Hüfte, Knie)? Haben Sie einen Endoprothesenpass?

Ist eine Endokarditisprophylaxe (Antibiotika-einnahme) nötig?

Blutgerinnungsstörung? Neigen Sie zu blauen Flecken?

Einnahme eines Blutverdünners (Clopidogrel, Xarelto, Marcumar, Lixiana, Eliquis, Pradaxa, ASS)?

Regelmäßige Medikamenteneinnahme? _____

Infektionserkrankung (z.B. HIV/AIDS, Gelbsucht, Hepatitis A/B/C oder Tuberkulose)?

Innere Krankheiten (z.B. Diabetes, Nierenfunktionsstörung, Schilddrüse o.ä.)? _____

Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)? Rauchen Sie? (wieviel pro Tag ? : _____)

Nervenerkrankung (Demenz, Parkinson o.ä.) oder Anfallsleiden (Epilepsie)? _____

Augenerkrankungen (Glaukom - grüner Star)? Rheuma/rheumatisches Fieber?

Tumorerkrankungen? Osteoporose?

Einnahme von Bisphosphonaten? Seit wann? _____

Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerzen, Nackenverspannungen, Rückenschmerzen, Tinnitus?

Neigen Sie zur Ohnmacht Sonstiges? _____

Magen-Darm-Erkrankung (Morbus Crohn o.ä.)? Schwangerschaft? Welche SSW? _____

Sonstige Erkrankungen oder Infektionen? _____

Allergien oder Unverträglichkeiten? Liegt ein Allergiepass vor? _____



Zahnarztpraxis

Wahnheide

Dr. med. dent. Nina Roth

Dr. med. dent. Michael Graß

Unsere Praxis hat sich das Ziel gesetzt Ihre Zähne gesund zu erhalten – von Anfang an!

Hierzu bieten wir Ihnen ein breites Spektrum an Prophylaxeleistungen, um Ihre gesunden Zähne zu schützen und Ihre Mundgesundheit zu verbessern. Selbstverständlich werden wir, falls es doch einmal nötig sein sollte, auch Ihre erkrankten Zähne sowie Ihr Zahnfleisch optimal therapieren. Im Rahmen dieses Prophylaxekonzeptes bieten wir Ihnen einen **kostenlosen Erinnerungs-Service (Recall) für Kontroll- und Prophylaxe-Termine** an.

Möchten Sie sich für unseren Recall-Service vormerken lassen?

- ja Wenn ja, per Telefon Brief Mail
 nein

Ich wünsche eine gezielte Beratung über...

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Implantate (künstliche Zahnwurzeln) | <input type="checkbox"/> Prophylaxe/Professionelle Zahnreinigung |
| <input type="checkbox"/> Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Kinderprophylaxe |
| <input type="checkbox"/> Laser-Behandlung | <input type="checkbox"/> Beratung für Schwangere |
| <input type="checkbox"/> Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung) | <input type="checkbox"/> Mundgeruchsprechstunde |
| <input type="checkbox"/> Amalgamaustausch / - alternativen | <input type="checkbox"/> Bleaching (Zahnaufhellung) |
| <input type="checkbox"/> Schöneres Lächeln – ästhetische Zahnheilkunde | <input type="checkbox"/> Angstfreie Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenk-Behandlung (CMD) | <input type="checkbox"/> Ich wünsche eine reine Schmerzbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> |

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Telefonbuch Lage der Praxis Internetpräsenz Internetsuchmaschine
 Gelbe Seiten auf Empfehlung von: _____

Unsere Praxis beauftragt eine zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft mit der Erstellung und dem Einzug Ihrer Privatrechnung für Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der kostenfreien sechsmonatigen Ratenzahlung an. Ein weiterer Vorteil für Sie ist, dass wir unseren Verwaltungsaufwand hierdurch reduzieren und dadurch mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben. Selbstverständlich wird vor dem Erbringen einer solchen „Privat“-Leistung Ihr Einverständnis eingeholt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten