

Pater-V.-Weiß-Str. 5
84307 Eggenfelden
Tel.: 08721-10445
Fax: 08721-10402

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um einen komplikationslosen Behandlungsablauf, eine vorschriftsmäßige Verwaltung Ihrer Unterlagen und eine optimale Organisation zu gewährleisten, benötigen wir einige Informationen. Falls Sie sich über eine Antwort nicht im Klaren sind, sprechen Sie uns bitte an - wir helfen Ihnen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Für Ihre gewissenhafte Mitarbeit möchten wir uns herzlich bedanken.

Patientendaten

Nachname, Vorname		Geburtsdatum, Geschlecht: ()m ()w	
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort	
Telefon (privat)	Fax	Telefon (geschäftlich)	
Handy		E-Mail	
Beruf *		Arbeitgeber*	
Hausarzt (Name, Ort, Tel.)		überweis.Arzt/Zahnarzt - bei Notdienstpat. Hauszahnarzt	

Gesetzlich versichert - bei welcher Krankenkasse:

Pflichtversichert	ja ()	nein ()
Freiwillig versichert	ja ()	nein ()
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt?	ja ()	nein ()
Haben Sie eine private Zusatzversicherung?	ja ()	nein ()
Sind Sie von Zuzahlungen bei Rezepten befreit?	ja ()	nein ()
Sind Sie Härtefall?	ja ()	nein ()
Besitzen Sie ein Bonusheft?	ja ()	nein ()

Privat versichert - bei welcher Krankenversicherung:

Basistarif?	ja ()	nein ()
Beihilfeberechtigt?	ja ()	nein ()

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

Gesundheitsfragen:

		<i>Platz für Ihre Bemerkungen</i>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		
Herzkrankung	ja ()	nein ()
Herzschrittmacher /Künstl. Herzklappen	ja ()	nein ()
Hoher Blutdruck	ja ()	nein ()
Niedriger Blutdruck	ja ()	nein ()
Herzoperation	ja ()	nein ()
Infektionskrankheiten		
HIV / Aids	ja ()	nein ()
Lebererkrankung (Hepatitis / Gelbsucht)	ja ()	nein ()
Tuberkulose	ja ()	nein ()
andere Infekt.krankheiten (z.B. MRSA, CJK)	ja ()	nein ()
Weitere Erkrankungen		
Blutungsneigung / Bluterkrankheit	ja ()	nein ()
Rheuma/Arthritis	ja ()	nein ()
Osteoporose	ja ()	nein ()
Diabetes	ja ()	nein ()
Schilddrüsenerkrankung	ja ()	nein ()
Stoffwechselerkrankung	ja ()	nein ()
Magen- / Darmerkrankung	ja ()	nein ()
Nierenerkrankung	ja ()	nein ()
Lungenerkrankung /Asthma	ja ()	nein ()
Nasen- /Nebenhöhlenerkrankung	ja ()	nein ()
Anfallsleiden (Epilepsie)	ja ()	nein ()
Ohnmachtsneigung	ja ()	nein ()
Nervenerkrankungen	ja ()	nein ()
Glaukom	ja ()	nein ()
Drogenabhängigkeit	ja ()	nein ()
Organtransplantiert	ja ()	nein ()
Stammzellentransplantiert	ja ()	nein ()
sonstige Erkrankungen	ja ()	nein ()
welche?.....		
Allergien /Unverträglichkeiten		
Lokalanästhesie /Spritzen	ja ()	nein ()
Antibiotika	ja ()	nein ()
Schmerzmittel	ja ()	nein ()
Metalle, Kunststoffe	ja ()	nein ()
welche?.....		
Allergiepass	ja ()	nein ()
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit ein?		
Marcumar / ASS / Gerinnungshemmer	ja ()	nein ()
Aspirin	ja ()	nein ()
Kortison	ja ()	nein ()
Insulin	ja ()	nein ()
andere Medikamente:.....		
Nehmen Sie Bisphosphonate?	ja ()	nein ()
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	ja ()	nein ()
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	ja ()	nein ()
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	ja ()	nein ()
Wurden größere Operationen durchgeführt?	ja ()	nein ()

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungen ein? Wenn ja, welche?.....	ja ()	nein ()
Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?.....	ja ()	nein ()
Sind Sie Raucher ? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?.....	ja ()	nein ()
Alkoholgenuss? Wenn ja, () selten () oft () regelmäßig	ja ()	nein ()
Frühere zahnärztliche Röntgenuntersuchung Wenn ja, wann?.....	ja ()	nein ()

Aktuelle Beschwerden

Schmerzen	ja ()	wo:
Zahnfleischbluten	ja ()	nein ()
schlechter Geschmack/Mundgeruch	ja ()	nein ()
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja ()	nein ()
Kiefergelenkbeschwerden	ja ()	nein ()
Knirschen / Pressen	ja ()	nein ()
Angst vor dem Zahnarzt	ja ()	nein ()
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja ()	nein ()
Starker Würgereiz	ja ()	nein ()

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	ja ()	nein ()
Weißer Zähne	ja ()	nein ()
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja ()	nein ()
Implantate	ja ()	nein ()
Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja ()	nein ()
Austattung Füllungsmaterialien	ja ()	nein ()
Ernährungsfragen	ja ()	nein ()
Sonstiges		

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden ?

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? ja () nein ()
Wir bieten Ihnen einen Recall-Service an.

Wir sind eine Bestellpraxis und bemühen uns, die vereinbarte Behandlungszeit einzuhalten. Wir bitten Sie aber um Verständnis, daß Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Sollten Sie einen fest vereinbarten Behandlungstermin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte rechtzeitig - spätestens jedoch 24 Stunden vor dem Termin.

Wir weisen darauf hin, dass **bei Nichterscheinen oder nicht rechtzeitiger Absage eines fest vereinbarten Termins die Ausfallzeit in Rechnung gestellt werden kann (lt. § 615 BGB) !**

Bitte bringen Sie zum Behandlungstermin Ihre **Versichertenkarte** mit. Liegt diese uns 1 Woche nach der Behandlung nicht vor, werden Behandlungsleistungen privat in Rechnung gestellt.

Bitte beachten! **Örtliche Betäubung** hat zur Folge, daß Sie 1 Std. nicht und 24 Std. nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Alle Informationen unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht** und den Bestimmungen des **Datenschutzes** und werden daher streng vertraulich behandelt. Umfassende Hinweise zum Datenschutz in unserer Praxis entnehmen Sie bitte der Patienteninformation zum Datenschutz, die Ihnen an der Praxisrezeption gern ausgehändigt wird bzw. die in unserem Wartezimmer für Sie bereit liegt.

Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen (Gesundheitsfragen, Adressenänderung etc.) zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Der Weitergabe meiner Daten per E-Mail, CD oder Post an weiterbehandelnde Ärzte stimme ich zu.

Datum

Unterschrift

* die mit Sternchen gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben