

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, bitten wir Sie, uns diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Denn für eine adäquate und risikofreie Behandlung benötigen wir einige Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patientendaten

Name Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Adresse

.....

Tel. (privat) Tel. (Arbeit)

Mobil E-Mail

Beruf

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Name Vorname

Geburtsdatum

Adresse

.....

Rechnung an Patienten Versicherten

Krankenkasse

privat Beihilfe zusätzlich versichert

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

.....

.....

.....

Warum suchen Sie uns auf?

- Beratung Routinekontrolle
 Schmerzbehandlung Neuer Zahnersatz
 Andere Gründe

Haben Sie Allergien?

ja nein

Wenn ja, welche?

Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck? ja nein
niedrigen Blutdruck? ja nein
Gerinnungsstörungen? ja nein
Herzklappenerkrankungen? ja nein
eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja nein
einen Herzschrittmacher? ja nein
einen Herzinfarkt? ja nein
Tuberkulose? ja nein
HIV? ja nein
Hepatitis? A B C nein

Zahn-Mund-Situation

- Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
Haben Sie Kopf-/Nackenschmerzen? ja nein
Haben Sie Kiefergelenkgeräusche? ja nein
Haben Sie Zahnfleischbluten? ja nein
Haben Sie Ohrgeräusche? ja nein

Fragen/Anmerkungen

.....

München, den Unterschrift

Bei welchem Zahnarzt waren Sie vorher?

Wurden die Zähne geröntgt? ja nein

Wann?

Nehmen Sie Medikamente?

ja nein

Wenn ja, welche?

- Diabetes? ja nein
Magen-/Darmerkrankungen? ja nein
eine Schilddrüsenerkrankung? ja nein
eine Lungenerkrankung/Asthma? ja nein
Osteoporose? ja nein
Rheuma? ja nein
eine Nierenerkrankung? ja nein
Epilepsie? ja nein
Grünen Star? ja nein
eine Krebserkrankung? ja nein

Zum Schluss

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Rauchen Sie? ja nein

Hinweise zur Organisation

Wir sind eine reine Bestellpraxis. Falls Sie den für Sie vorgemerkten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diesen Termin an andere Patienten vergeben können.

Gerne erinnern wir Sie auch an die wieder anstehende Zahnreinigung entsprechend dem vorher festgelegten Zeitabstand.

per Mail per SMS per Anruf nicht erwünscht

Datenschutzhinweis

Die Vertraulichkeit Ihrer persönlichen Daten ist uns ein wichtiges Anliegen. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten bei uns mit größter Sorgfalt behandelt werden. Die aktuellen Bestimmungen zum Datenschutz können Sie jederzeit bei uns an der Rezeption einsehen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zwecke der Konsultation von Fachärzten sowie zahntechnischen Laboren meine personenbezogenen Daten und Befunde unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich ganz oder teilweise widerrufen kann.

München, den Unterschrift