

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Alle Behandler dürfen auf alle Patientenakten zugreifen.

Patient[in]

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Telefon geschäftlich

E-Mail

Beruf

Hauptversicherte[r]

Ehegattin/Ehegatte Vater/Mutter

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Krankenkasse / Krankenversicherung

Gesetzlich versichert, Name und Ort der Krankenkasse

Freiwillig versichert, Name und Ort der Krankenkasse

Privat versichert, Name der Versicherung

Ich habe eine private Zusatzversicherung

Ich wünsche Privatbehandlung

Ich wünsche Behandlung über Krankenkassentarte

Ich bin beihilfeberechtigt

Ich wünsche Behandlung nach Basistarif

Hinweise zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Falls Sie damit einverstanden sind, möchten wir Sie bitten, die nachfolgende Vereinbarung sorgfältig zu lesen und danach zu unterschreiben.

Wir sind eine Bestellpraxis

Mir ist bekannt, dass der Termin extra für mich freigehalten wird und es deshalb aus organisatorischen Gründen notwendig ist, dass ich für den Fall einer Verhinderung rechtzeitig, das heißt, spätestens 48 Std. vor dem Termin, absage, damit noch die Möglichkeit besteht, Ersatzpatienten einzubestellen. Sollte ich dennoch nicht rechtzeitig absagen, bin ich verpflichtet, die Kosten für die an diesem Tag geplante Behandlung zu bezahlen, wobei anzurechnen ist, was infolge des Unterbleibens der Behandlung erspart wurde oder durch Behandlung anderer Patienten erworben wurde (§ 615 BGB).

Ort, Datum

Unterschrift Patient[in]

Ihre Praxis für Zahnmedizin
Dr. Thom und Dr. Konstantinova

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Auf Empfehlung von _____ Website _____
- Suchmaschine _____ Empfehlungsportal _____
- Sonstige _____
(Telefonbuch, Anzeige etc.)

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Wann waren Sie das letzte Mal in einer zahnmedizinischen Behandlung?

- Haben Sie zurzeit Schmerzen?
- Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?
- Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans?
- Wünschen Sie nur eine Behandlung der momentan vorhandenen Beschwerden?
- Wurde bei Ihnen jemals eine Parodontalbehandlung durchgeführt?
- Leiden Sie an Mundgeruch?
- Schnarchen Sie oder leiden Sie an Schlafapnoe (Atemaussetzer)?

Fragen zur Zahnreinigung

Verwenden Sie außer der Zahnbürste weitere Hilfsmittel zur Zahnreinigung?

Ja Nein

Welche? _____

- Möchten Sie Ihre Mundhygiene verbessern?
- Wenn es Putztechniken gibt, die speziell auf Ihr Gebiss abgestimmt sind, würden Sie diese erlernen wollen, auch wenn es anfangs schwerfällt?

Folgende Fragen für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen oder im Standardtarif der privaten Krankenkassen Versicherte:

Mir ist bekannt, dass ich als Patient[in] Anspruch auf eine Behandlung habe, die die Kriterien „ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und das notwendige Maß nicht überschreitend“ erfüllt. Wünschen Sie darüber hinaus weitere Informationen hinsichtlich moderner und qualitativ hochwertiger zahnmedizinischer Behandlungsmethoden und Versorgung, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

Ja Nein

Mit aufeinander abgestimmten Behandlungsmethoden können Zähne und Zahnfleisch dauerhaft erhalten werden. Mit unserem Vorbeugeprogramm können wir Ihnen helfen, Zahnschäden und Zahnbetterkrankungen künftig sicher zu vermeiden. Wünschen Sie deshalb mehr über unser intensives Karies- und Parodontoseprophylaxeprogramm zu erfahren?

Ja Nein

Gab es bei früheren zahnärztlichen oder ärztlichen Behandlungen ernsthafte Zwischenfälle? Ja Nein

Welche? _____

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wegen welcher Erkrankung? _____ Behandelnder Arzt: _____

Welche Medikamente (auch homöopathische) nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Körpergewicht in kg zur Bestimmung der Maximaldosis bei Betäubungsmitteln _____

Allergien

- Nahrungsmittel
- Materialien (z. B. Latex):

Medikamente:

Allergiepass

Kreislaufkrankungen

- Zu hoher Blutdruck
- Zu niedriger Blutdruck
- Zustand nach Herzinfarkt
- Durchblutungsstörungen
- Blutverdünnende oder blutgerinnungshemmende Medikamente

Stoffwechselerkrankungen

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Magen-Darm-Erkrankung
- Sodbrennen, Magengeschwür
- Schilddrüsenerkrankung
- Knochenschwund (Osteoporose)
- Leberzirrhose
- Gicht
- Nierenleiden

Vegetative Erkrankungen

- Neigung zu Ohnmachtsanfällen
- Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel
- Drogen- oder alkoholabhängig

Bluterkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen
- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Blutarmut
- Nachbluten nach Operationen

Nervenerkrankungen

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände
- Trigeminusneuralgie

Sonstige Erkrankungen

Welche:

Knochen

Wurden Sie in der Vergangenheit oder zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt?

Wann?

Wieso?

Herzkrankungen

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- Unregelmäßiger Herzschlag
- Herzasthma, Angina pectoris
- Herzschrittmacher
- Herzklappenersatz, -defekt
- Herzmuskelentzündung

Infektionskrankheiten

- Gelbsucht
- Leberentzündung/Hepatitis:
- A B C
- Tuberkulose
- AIDS / HIV
- Lungenentzündung, Bronchitis
- Herpes labialis oder Aphthen

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, SSW

Nehmen Sie orale Kontrazeptiva („Pille“) ein?

Ja Nein

Röntgen

Wurden bei Ihnen im letzten Jahr Röntgenbilder im Kopf-, Hals- oder Zahnbereich aufgenommen?

Ja Nein

Rauchen Sie?

Wie viel durchschnittlich pro Tag:

MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus)