



LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT.

BEVOR WIR UNS IN RUHE ÜBER IHRE ZAHNMEDIZINISCHEN WÜNSCHE UNTERHALTEN, BENÖTIGEN WIR NEBEN DEN ANGABEN ZU IHRER PERSON AUCH AUSKÜNFTE ÜBER IHREN ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND. DENN AUCH ALLGEMEINERKRANKUNGEN KÖNNEN AUSWIRKUNGEN AUF DIE ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG HABEN. ALLE ANGABEN UNTERLIEGEN SELBSTVERSTÄNDLICH DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEFLICHT.

NAME, VORNAME _____ GEBURTSDATUM _____
STRASSE, NR _____ PLZ, ORT _____
TELEFON _____ EMAIL _____

KRANKENKASSE / ZUSATZVERSICHERUNG / PRIVATVERSICHERUNG

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN? _____

ICH HABE FOLGENDES ANLIEGEN :

- ☐ ROUTINEUNTERSUCHUNG ☐ SCHMERZBEHANDLUNG
☐ IMPLANTATBERATUNG ☐ ZAHNERSATZBERATUNG ☐ ZWEITE MEINUNG
☐ ANDERE GRÜNDE _____
☐ ICH WÜNSCHE EIN NOCH SCHÖNERES LÄCHELN (AUFHELLUNG, STELLUNG, FORM)
☐ ICH KNIRSCH NACHTS ODER HABE KIEFERGELENKPROBLEME
☐ ICH HABE ZAHNFLEISCHBLUTEN
☐ ICH WÜNSCHE EINE ZAHNREINIGUNG ☐ HALBJÄHRLICH ☐ JÄHRLICH
☐ JA, ICH MÖCHTE DEN ERINNERUNGSSERVICE NUTZEN

HABEN SIE ERKRANKUNGEN ?

- ☐ HERZ: ☐ OPERATION, WELCHE, WANN? _____
☐ HERZINFARKT, WANN? _____
☐ SCHLAGANFALL
☐ DIABETES ☐ OSTEOPOROSE ☐ MAGEN / DARM ☐ SCHILDRÜSE
☐ ASTHMA ☐ EPILEPSIE ☐ GLAUKOM
☐ INFektion: ☐ HEPATITIS _____ ☐ HIV
☐ TBC ☐ SONSTIGE _____
☐ OPERATIONEN _____
☐ ALLERGIEN _____
☐ CHEMOTHERAPIE / BESTRAHLUNG _____
☐ SONSTIGE ERKRANKUNGEN ODER BEMERKENSWERTES
- _____

NEHMEN ODER NAHMEN SIE MEDIKAMENTE ?

- ☐ KREBSBEHANDLUNG _____ ☐ OSTEOPOROSE _____
☐ BLUTVERDÜNNUNG _____ ☐ ANTIDEPRESSIVA _____
☐ MAGENSÄURE / SODBRENNEN _____

NEHMEN SIE AKTUELL SONSTIGE MEDIKAMENTE ?

HABEN SIE EINE MEDIKAMENTENUNVERTRÄGLICHKEIT ?

☐ RAUCHER, WIEVIEL ? _____

☐ NUR FÜR WEIBLICHE PATIENTEN: SIND SIE SCHWANGER, WELCHE WOCHE ? _____

☐ ICH WÜNSCHE BESONDERE ZUWENDUNG, WEIL ICH ANGST HABE

IHR HAUSARZT _____

ALS **GESETZLICH VERSICHERTER** LEGEN SIE UNS BITTE IHRE VERSICHERTENKARTE INNERHALB VON 10 TAGEN VOR, DA IHNEN ANSONSTEN DIE KOSTEN FÜR DIE BEHANDLUNG PRIVAT IN RECHNUNG GESTELLT WERDEN MÜSSEN. VERMEIDEN SIE BITTE DIESES.

ALS **PRIVAT VERSICHERTER** ERHALTEN SIE VON UNS EINE RECHNUNG GEMÄß DER GEBÜHRENORDNUNG. ERSTATTUNGSEINSCHRÄNKUNGEN GEMÄß DEN BESTIMMUNGEN IHRES VERSICHERUNGSTARIFES ODER RESTRIKTIVER BEIHLFEVERORDNUNG KÖNNEN BEI DER RECHNUNGSLEGUNG NICHT BERÜCKSICHTIGT WERDEN. WIR SIND EINE BESTELLPRAXIS UND BEMÜHEN UNS IHRE TERMINE EINZUHALTEN. INFORMIEREN SIE UNS DAHER BITTE SPÄTESTENS 24 STUNDEN VORHER, FALLS SIE IHREN TERMIN NICHT WAHRNEHMEN KÖNNEN. WIR MÜSSEN SONST EIN **AUSFALLHONORAR** VON **150 €** PRO AUSGEFALLENER STUNDE BERECHNEN. BITTE VERMEIDEN SIE DIESES.

MIT MEINER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGE ICH DIE RICHTIGKEIT MEINER ANGABEN. DIESE UNTERLIEGEN DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT, SOWIE DEN BESTIMMUNGEN DES DATENSCHUTZES. DER SPEICHERUNG STIMME ICH ZU.

DATUM, UNTERSCHRIFT _____