

Herzlich Willkommen!



smart teeth
Eine Marke der Zahnstation GmbH

Allgemeine Informationen

Patient: Name

Vorname

Geburtsdatum / Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon privat

Fax

Handy

E-Mail

Versicherter: Name

Vorname

Geburtsdatum / Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon / Fax

Kasse

Krankenkasse / Krankenversicherung

Zusatzversicherung (bei gesetzl. Versicherten)

Privat

Beruf

Arbeitgeber

Telefon / Fax

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Freunde, wer?

Überweisung durch:

Vortrag

Internet

Sonstiges:

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans?

Ja

Nein

Wünschen Sie nur die Behandlung der aktuellen Beschwerden?

Ja

Nein

Wie wichtig ist Ihnen Ästhetik?

sehr wichtig

wichtig

nicht so wichtig

nicht wichtig

Meine Zähne gefallen mir!

Ja

Nein

Welche Probleme haben Sie?

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- | | | | |
|--|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Keramikfüllungen | <input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnheilkunde / Veneere | <input type="checkbox"/> Bleaching |
| <input type="checkbox"/> Behandlung mit Lachgas / in Vollnarkose | <input type="checkbox"/> Behandlung bei Kiefergelenksproblemen (Knirschen, Pressen) | | |
| <input type="checkbox"/> Karies- und Parodontoseprophylaxe | <input type="checkbox"/> Parodontosebehandlung | <input type="checkbox"/> Amalgamsanierung | |
| <input type="checkbox"/> Korrektur von Zahnfehlstellungen | Sonstiges: _____ | | |

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|
| Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Kopf- oder Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Blutdruckerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Tinnitus | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | <input type="checkbox"/> Hoch <input type="checkbox"/> Niedrig | AIDS/HIV | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Asthma, Atemnot | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Atemnot oder Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Metallgeschmack | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Diabetes mellitus / Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Drogenkonsum | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Allergien? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Tabakkonsum | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Wenn ja, welche? _____ | Epilepsie | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Bestehen andere Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Wenn ja, welche? _____ | Grüner Star (Glaukom) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Herpes | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Wenn ja, welche? _____ | Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind jemals Probleme bei ärztlichen Behandlungen aufgetreten? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Mundgeruch | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Wenn ja, welche? _____ | Rheuma | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Bevorzugen Sie Homöopathie? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | | Stoffwechselerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | | Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

- Sie sind verpflichtet, uns auch in Zukunft über Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer persönlichen Daten, Ihrer Versicherung, Vorliegen einer Schwangerschaft etc. unaufgefordert zu informieren.
- Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.
- Bei Nichteinhaltung von Terminen ohne vorherige Absage kann der entstandenen Honorarverlust in Rechnung gestellt werden (§§ 304, 615 BGB).
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten an einen möglichen Praxisnachfolger weitergegeben werden.
- Ich bin damit einverstanden, über anstehende Behandlungen, Untersuchungen oder Termine per Telefon, Mail oder Post informiert zu werden.

Ort, den

Unterschrift