

WILLKOMMEN IN DER ZAHNARZTPRAXIS

Susanne Hahn

IHRE ANMELDUNG

Schön, dass Sie sich in unserer Praxis behandeln lassen möchten. Um Risiken bei der Behandlung zu vermeiden, benötigen wir ein paar Angaben von Ihnen, die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Zu diesen Angaben zählen bestimmte Beschwerden oder Krankheiten. Sofern etwas auf Sie zutrifft, teilen Sie uns das bitte mit, indem Sie die entsprechenden Felder ankreuzen oder ausfüllen.

Haben Sie Fragen oder spezielle Behandlungswünsche, lassen Sie uns diese wissen.

Vielen Dank!
Ihre Susanne Hahn

WÜNSCHEN SIE EINE BERATUNG?

- Z.B. zu Aufhellung der Zähne
- Z.B. zu Zahnfüllungen

.....

.....

.....

.....

.....

DÜRFEN WIR ERFAHREN, WIE SIE AUF UNS GEKOMMEN SIND?

- Google-Suche
- Branchenbuch (Online)
- Branchenbuch (z.B. Gelbe Seiten)
- Weiterempfehlung von:

.....

PATIENT

Name:

Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Beruf/ Arbeitgeber:

Kassennummer:

Versichertennummer:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Telefon/Mobil:

E-Mail:

Telefon Arbeit:

VERSICHERTE PERSON

Name:

Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Telefon/Mobil:

VERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

- Gesetzlich versichert
- Freiwillig versichert
- Beihilfeberechtigt
- Private Zusatzversicherung

WILLKOMMEN IN DER ZAHNARZTPRAXIS

Susanne Hahn

ERKRANKUNGEN

Herz-Kreislaufkrankungen. Welche?

-
- Herzklappenersatz Endokarditis
- Herz-Operationen Herz-Schrittmacher
- Bluthochdruck
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Asthma/Lungenkrankheit
- Blutgerinnungsstörungen
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Drogenabhängigkeit
- Nierenerkrankungen
- Ohnmacht
- Infektiöse Erkrankungen
- Immunerkrankungen (z.B. HIV)
- Hepatitis. Welche?
- Tuberkulose
- Wundheilungsstörungen
- Knochenmarks-Erkrankungen
- Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens
- Osteoporose
- Tumorerkrankungen
- Frühere Parodontose-Behandlung
- Nervenerkrankungen
- Depressionen/Psychosen
- Lebererkrankungen
- Epilepsie
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Sonstige:
-

NEHMEN SIE BLUTVERDÜNNENDE MEDIKAMENTE?

Nein Ja:

NEHMEN SIE ANDERE MEDIKAMENTE?

Nein Ja:

HABEN SIE ALLERGIEN?

- Nein Ja:
- Lokalanästhesie/Spritzen
- Antibiotika
- Schmerzmittel
- Metalle

RAUCHEN SIE?

Nein Ja

FÜR PATIENTINNEN: SIND SIE SCHWANGER?

Nein Ja, in welchem Monat?

SIND BEI IHNEN BEREITS ZAHNÄRZTLICHE RÖNTGENAUFNAHMEN GEMACHT WORDEN?

Nein Ja, wann?

.....

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten umgehend mitzuteilen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vorher abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden. Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

.....

Ort, Datum

Unterschrift