



Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine Risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Personalien

Patient

Name, Vorname geb.

Versicherungsnehmer

Name, Vorname geb.

Anschrift

Straße Telefon privat/ geschäftlich

Postleitzahl, Ort Fax

Krankenkasse

Beruf

Anschrift des
Arbeitgebers

Bestellpraxis: Vereinbarte Termine reservieren wir ausschließlich für Sie:

Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind zum vereinbarten Termin für Sie da.

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Ihnen für nicht eingehaltene Termine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, Ausgleichansprüche in Höhe von 80,00 € je halbe Stunde in Rechnung stellen müssen, da wir für die vorgesehene Dauer Ihrer Behandlung Kosten zu tragen haben, auch wenn Sie nicht erscheinen.

Es steht Ihnen natürlich frei nachzuweisen, dass der uns entstandene Schaden nicht oder nicht in dieser Höhe entstanden ist.

Gesundheitskarte:

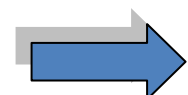
Ihre Gesundheitskarte sollte spätestens am Quartalsende bei uns vorliegen, da wir Ihnen sonst die erbrachten Leistungen nach privater Gebührenordnung für Zahnärzte in Rechnung stellen müssen.

Bonusheft:

Möchten Sie gerne von uns an Ihre regelmäßigen
Untersuchungstermine (Bonusheft) erinnert werden?

ja nein

Datum, Unterschrift (Einverständnis): _____





Zahnarztpraxis

Gerhard Nonnenmacher

Patientenfragebogen

Wünschen Sie Informationen über Leistungen, die Ihre Krankenversicherung eventuell nicht oder nur teilweise trägt? _____ ja nein

Hochwertige **Versorgung aus Gold oder Keramik**, Amalgamsanierung? _____ ja nein

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? _____ ja nein

Name, Telefonnummer Ihres **Hausarztes**:

»

Nehmen Sie **Medikamente** ein? _____ ja nein

»

Leiden Sie unter **Allergien**, wenn ja welche? _____ ja nein

»

Bestehende **Herzerkrankungen** z.B. Herzklappenersatz?----- ja nein

Ist eine **antibiotische Abschirmung** erforderlich? ----- ja nein

Nehmen Sie **blutgerinnungshemmende Medikamente**? ----- ja nein

Besteht **Blutungsneigung** (Hämophilie)? ----- ja nein

Leiden Sie unter erhöhtem oder zu niedrigem **Blutdruck**? ----- ja nein

Besteht **Zuckerkrankheit** (Diabetes)? ----- ja nein

Besteht eine **Nierenerkrankung**? ----- ja nein

Besteht eine **Schilddrüsenerkrankung**? ----- ja nein

Leiden Sie unter **Krämpfen, epileptischen Anfällen**? ----- ja nein

Leiden Sie unter einer **Leberentzündung/Gelbsucht** (Hepatitis)? ----- ja nein

Leiden Sie unter **Tuberkulose**? ----- ja nein

Sind Sie **HIV** (Aids) positiv? ----- ja nein

Sind Sie **drogen-, alkohol- oder medikamentenabhängig**? ----- ja nein

Besteht eine **Schwangerschaft**? ----- ja nein

Wurden innerhalb des letzten Jahres **Röntgenaufnahmen** Ihrer Zähne angefertigt? ----- ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten an einen möglichen Praxisnachfolger weitergegeben werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben mit.

