

Annegret Heise**Zahnärztin**

Torstr. 93 – 10119 Berlin – Tel.: 030/ 449 66 15

Herzlich willkommen in unserer Praxis

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

Patientendaten

Patient: _____

geb. am: _____

Mitversichert bei: _____

Anschrift: _____

Telefon, priv.: _____

Funk-Telefon : _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefon Büro: _____

Name der Krankenkasse: _____

Beruf: _____

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	ja []	nein []
Herzpass	ja []	nein []
Herzschrittmacher /künstl. Herzklappen	ja []	nein []
Hoher Blutdruck	ja []	nein []
Niedriger Blutdruck	ja []	nein []
Regelmäßige Medikamenteneinnahme _____		
Ohnmachtsneigung	ja []	nein []
Marcumar /Gerinnungshemmer	ja []	nein []
Blutungsneigung/ Bluterkrankung	ja []	nein []
Rheuma	ja []	nein []
Allergien _____	ja []	nein []
Medikamentenunverträglichkeit _____	ja []	nein []
Diabetes	ja []	nein []
Schilddrüsenerkrankung	ja []	nein []
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja []	nein []
Magen- / Darmerkrankung	ja []	nein []
Nierenerkrankung	ja []	nein []
Lungenerkrankung/ Asthma	ja []	nein []
Nasen-/ Nebenhöhlenerkrankung	ja []	nein []
Epilepsie	ja []	nein []
Besteht eine HIV-Infektion oder haben Sie Aids?	ja []	nein []
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?	ja []	nein []
Wenn ja, welche?		

Sind Sie Raucher? ja [] nein []
 Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?
 Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? Ja [] nein []
 Wenn ja, in welchem Monat? _____

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Kontrolluntersuchung ja [] nein []
 Zahnschmerzen ja [] nein []
 Zahnfleischbluten ja [] nein []
 Migräne/ Kopf-/Nackenschmerzen ja [] nein []
 Kiefergelenkbeschwerden ja [] nein []
 Knirschen ja [] nein []
 Mundgeruch ja [] nein []
 Behandlung unter Vollnarkose ja [] nein []
 Sonstiges _____

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung ja [] nein []
 Zahnfarbene Füllungen ja [] nein []
 Implantate/ Implantatversorgung ja [] nein []
 Sonstiges _____

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen ja [] nein []
 Starker Würgereiz ja [] nein []
 Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wir benachrichtigen Sie gern per E-Mail, wenn es wieder Zeit für einen Kontrolltermin ist. Wenn sie dies NICHT möchten, kreuzen Sie bitte hier () an.

Sollte die Versichertenkarte zum Behandlungstermin nicht vorliegen, so reichen Sie diese bitte innerhalb von 10 Tagen nach.
 Ansonsten müssen wir uns vorbehalten, eine Privatrechnung über die erbrachten Leistungen zu stellen.

Wir führen eine Bestellpraxis mit fest für Sie reservierten Terminen, zu denen sich die Zahnärztin bzw. Prophylaxe-Assistentin ausschließlich und in Ruhe Ihnen widmet.
 Unentschuldigtes Nichterscheinen führt deshalb zu hohen Kosten, die wir an Sie weitergeben müssen.

Ich bin aufgeklärt, dass Termine für mich fest reserviert sind. Sollte ich den Termin nicht wahrnehmen, ohne die Praxis rechtzeitig, d.h. mindestens 24 Stunden vorher zu informieren, trage ich die dadurch entstehenden Kosten:

Termin bei der Zahnärztin: 150 € pro halbe Stunde
 Termin bei der Prophylaxe-Assistentin: 50 € pro halbe Stunde.

Datum: _____

Unterschrift: _____