

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: _____

Anschrift: _____

Telefon privat: _____

E-mail Adresse: _____

Telefon dienstlich: _____

Beruf: _____

Gesundheitsdaten (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Herzerkrankung
- Endokarditis in der Vergangenheit
- Herzpass
- Herzschrittmacher / künstl. Herzklappen
- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck

- Regelmäßige Medikamenteneinnahme: _____

- Ohnmachtsneigung
- Einnahme von Gerinnungshemmern
- Blutungsneigung / Bluterkrankung
- Rheuma
- Allergie - gegen Penicillin
- gegen Eugenol/ Perubalsam
- andere: _____

- Medikamentenunverträglichkeit: _____

- Diabetes Typ I
- Diabetes Typ II
- Schilddrüsenerkrankung
- Lebererkrankung (Hepatitis)
- Magengeschwür
- Nierenerkrankung
- Dialyse-Patient

- Lungenerkrankung / Asthma
- Nasennebenhöhlenerkrankung
- Epilepsie

- totale Knie- oder Hüftgelenks-Prothese

- HIV-Infektion
- Hatten Sie eine Organtransplantation?
- Erfolgt derzeit eine Strahlentherapie im Kopfbereich?

Erhalten oder erhielten Sie eine Bisphosphonattherapie

- über Tabletten
- über i.V. Spritzen

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?
Wenn ja, welche?

Sind Sie Raucher?
Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? ____

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?

Was ist der Grund Ihres Besuches?

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnfleischbluten
- Mundgeruch

- Migräne / Kopf-/ Nackenschmerzen
- Kiefergelenkbeschwerden
- Knirschen

Wunsch nach Behandlung unter Lachgas oder Vollnarkose
 Sonstiges: _____

Beratungswunsch

- Professionelle Zahnreinigung
- Zahnfarbene Füllungen
- Implantate
- Sonstiges: _____

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen? _____

- Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen
- Starker Würgereiz

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Nehmen Sie bitte noch Folgendes zur Kenntnis:

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

2.Wir benachrichtigen Sie gern per E-Mail, wenn es wieder Zeit für einen Kontrolltermin ist.
 Diesen Service nehme ich gern in Anspruch.

3.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: _____