



## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, daß Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand angepaßt werden kann, benötigen wir die Beantwortung nachfolgender Fragen.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. dienstl. \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

### VERSICHERUNG Zutreffendes bitte ankreuzen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> privat versichert     | <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert      |
| <input type="checkbox"/> Beihilfe berechtigt   | <input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> Basistarif versichert | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert      |

Bei Familienversicherung abweichende Angaben des Versicherten/Zahlungspflichtigen:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. dienstl. \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

### MEDIZINISCHE BEFUNDE Zutreffendes bitte ankreuzen

Allergien **JA**  **NEIN**  Welche? \_\_\_\_\_

Medikamente **JA**  **NEIN**  Welche? \_\_\_\_\_

Sind/Waren Sie mit dem Corona-Virus infiziert? **JA**  **NEIN**

Hatten Sie Kontakt mit Corona-Virus-infizierten Personen/Verdachtsfällen? **JA**  **NEIN**

Leiden Sie aktuell unter Atemnot, Husten, Fieber, Halsschmerzen? **JA**  **NEIN**

Bitte wenden.

**HABEN ODER HATTEN SIE FOLGENDE ERKRANKUNG?** Zutreffendes bitte ankreuzen

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung    | <input type="checkbox"/> Kreislauferkrankung  | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung/Marcumar              |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV+) | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung                       |
| <input type="checkbox"/> Asthma            | <input type="checkbox"/> Rheuma               | <input type="checkbox"/> Diabetes                              |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie         | <input type="checkbox"/> Blutdruck            | <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> niedrig |

**FÜR UNSERE PATIENTINNEN** Expecten Sie ein Baby?  In welchem Monat sind Sie? \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung des Kopfbereiches? \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt \_\_\_\_\_

**BESTELLSYSTEM**

Um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen, behandeln wir nach verbindlich vorgemerkten Terminen. Erscheinen Sie deshalb bitte pünktlich zu dem für Sie reservierten Zeitpunkt - auch wir werden bemüht sein, diesen einzuhalten. Wir sind bestrebt die Behandlungen ohne Zeitdruck durchzuführen. Sollten sich dennoch Verzögerungen ergeben, haben Sie bitte Verständnis dafür, daß sich der Zeitaufwand für zahnärztliche Behandlungen nur bedingt vorausplanen läßt. Wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie dringlich, uns rechtzeitig abzusagen (Mindestens 24 Stunden vorher).

**ZUR BESONDEREN BEACHTUNG**

Anästhesiemittel (Injektionen) können Ihre Fahrtüchtigkeit grundsätzlich beeinträchtigen. Bitte stellen Sie sich bei Ihren Behandlungsterminen darauf ein.

**PROPHYLAXE - IN ALLER MUNDE**

Sie können in unserer Praxis ein individuelles Prophylaxeprogramm in Anspruch nehmen, abgestimmt auf Ihren Zahnzustand und der Kariesanfälligkeit. Diese Leistungen sind Privatleistungen und werden nur zum Teil von den gesetzlichen Krankenkasse übernommen. Über die Kosten werden Sie entsprechend informiert.

Wünschen Sie darüber ausführlichere Informationen?

**JA**

**RECALL - DAS AUTOMATISIERTE BESTELLSYSTEM**

Nach dem Recall-System wird der nächste Untersuchungstermin bereits bei Abschluß der laufenden Behandlung vereinbart. In Abhängigkeit Ihres individuellen Behandlungsbedarfs wie z.B. Parodontosebehandlung, umfangreicher Sanierung aber auch bei erhöhter Kariesanfälligkeit wird dabei ein Zeitraum von 2 bis 6 Monaten gewählt. Es erfolgt eine schriftliche oder telefonische Benachrichtigung.

Wenn Sie diesen Service in Anspruch nehmen wollen, so kreuzen Sie bitte JA an.

**JA**

**DATENSCHUTZ**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in der Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden.

Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z.B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten).

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und bitten Sie, uns allgemeine Änderungen, insbesondere in Bezug auf Medikation und Erkrankungen umgehend mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in o. Erziehungsberechtigte/r

Bitte füllen Sie dieses Formular digital aus und senden es uns vorab per mail an post@zahnaerzte-haimhausen.de oder drucken Sie es bitte aus und bringen es ausgefüllt zu Ihrem Termin mit. Vielen Dank.