



# Willkommen in unserer Praxis

Liebe Patientin, lieber Patient!

Seite 1

Bitte beantworten Sie vor Behandlungsbeginn die folgenden zwei Seiten (Vorder- und Rückseite) zu Ihrer Gesundheit und beachten Sie diese kleine Kurzinformation über unsere Praxis:

Sie werden bei uns von

Frau Dr. Birgit Veit, Herrn Dr. Stefan Veit oder unserer Zahnärztin Frau Diezler behandelt.

In der Assistenz unterstützen uns Frau Bienefeld, Frau Adam, Frau Siam und Frau Gonzalez.

Für Abrechnungs- und Terminfragen ist Frau Koch zuständig.

Wie wichtig sind Ihnen folgende Bereiche?

(Bitte setzen Sie ein Kreuzchen: 1 = sehr wichtig, 2 = wichtig, 3 = nicht so wichtig, 4 = unwichtig)

	1	2	3	4
• <u>Karies-Vorbeugung</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>Parodontose (Zahnfleisch) -Vorbeugung</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>Amalgamsanierung</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>Kiefergelenkserkrankung</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>Knirschen der Zähne</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>Beratung wegen Mundgeruch</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>Ästhetische Zahnheilkunde*</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- \* z. B. - *Bleaching* = Schonendes Weißmachen der Zähne
- Beseitigung von hässlichen Verfärbungen, Lücken
- Anbringen von Zahnschmuck (Dazzler, Diamant)

Gerne geben wir Ihnen auch Informationen über die aufgezählten Bereiche.

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

.....

Haben Sie sonstige Wünsche, wenn ja, welche?

.....

Haben Sie zu Ihrer gesetzlichen Krankenkasse eine Zusatzversicherung oder sind Sie beihilfeberechtigt?

.....

Kommen Sie auf Empfehlung (bitte ankreuzen):

- eines anderen Arztes \_\_\_\_\_, - eines anderen Patienten \_\_\_\_\_,

**Wenn ja, von wem?**.....

oder aufgrund der Medien (Internet; Telefonbuch, Gelbe Seiten, o. ä.)\_\_\_\_\_?

## Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: \_\_\_\_\_  
 Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_  
 Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_  
 pflichtversichert     freiwillig versichert     Privatversicherung

Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Tel. priv. \_\_\_\_\_

Email-Adresse \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon geschftl.: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Hausarztes: \_\_\_\_\_

### Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt Ja    Nein

**Herzerkrankungen:**  
 Herzschwäche (Insuffizienz) .....    
 unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) .....    
 Herzasthma, Angina pectoris .....    
 Herzschrittmacher, Herzklappen.....

**Kreislaufferkrankungen:**  
 zu hoher Blutdruck .....    
 zu niedriger Blutdruck .....    
 Herzinfarkt, wann? .....    
 Einnahme gerinnungshemmender Medikamente .....    
 Ohnmachtsanfälle .....

**Stoffwechselerkrankungen:**  
 Zuckerkrankheit (Diabetes) .....    
 Magen-Darm-Erkrankungen .....    
 Schilddrüsenerkrankungen .....

**Erkrankung des Nervensyst.:**  
 epileptiforme Anfälle / Krämpfe .....

**Bluterkrankungen:**  
 Blutungsneigungen (Hämophilie) .....    
 Blutarmut .....

**Allergien:**  
 Ekzeme .....    
 Penicillin - Überempfindlichkeit .....    
 Asthma .....    
 Besitzen Sie einen Allergiepass? .....    
 Überempfindlichkeit gegen \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten:**  
 Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A od. B).....    
 Tuberkulose .....    
 chronische Erkrankungen der Luftwege – Husten usw.....    
 AIDS, HIV .....

**Immunsystem:**  
 Leiden Sie unter Erkrankung des Immunsystems?.....    
 Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

**Sonstige Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben:**  
 Sind oder waren Sie drogenabhängig? .....    
 Sind Sie frisch operiert? .....    
 Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? \_\_\_\_\_  
 Sind Sie schwanger? (welcher Monat: ..... ) .....    
 Welche Hilfsmittel benutzen Sie zur Zahnpflege:  
 \_\_\_\_\_

**Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Die Termine werden ausschließlich für Sie reserviert. Sollte es Ihnen nicht möglich sein, einen Termin von 1 Stunde oder länger wahrzunehmen, so bitten wir Sie, diesen Termin mindestens 2 Werktage vorher abzusagen. Sollte ein solcher Termin nicht eingehalten oder rechtzeitig abgesagt werden, bin ich darüber aufgeklärt worden, dass die anfallenden Betriebskosten in Höhe von 60€ je angefangener Stunde in Rechnung gestellt werden können.**

Datum, Unterschrift Patient / Versicherter \_\_\_\_\_