



Herzlich willkommen in unserer Praxis,

wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen natürlich gerne.

Ihre Angaben:

Name: _____ Arbeitgeber: _____
Vorname: _____ Telefon (dienstlich): _____
Straße: _____ Kranken-/Privatkasse: _____
PLZ, Wohnort: _____ Zusatzversicherung: _____
Beruf: _____ Versicherten-Name/Vorname: _____
geboren am: _____ Geburtsdatum: _____
Telefon (privat/mobil): _____ Auf wessen Empfehlung kommen Sie?
E-Mail-Adresse: _____

Ihre Anliegen:

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnfleischbluten

- Kiefergelenksbeschwerden
- Sonstiges: _____

Wünschen Sie:

- Beratung über professionelle Zahnreinigung (Prophylaxe)
- Beratung über Zahnersatz
- Beratung über Zahnaufhellung (Bleaching)
- Beratung über Amalgamaustausch
- Beratung über Implantate

Risikoanamnese:

Waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus? ja nein
Wenn „ja“, aus welchem Grund? _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn „ja“, welche? _____
Sind Sie gegen bestimmte Medikamente überempfindlich? ja nein
Wenn „ja“, welche? _____
Hatten Sie Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen? ja nein
Hatten Sie Gelbsucht? ja nein
Ihre letzte Röntgenuntersuchung (Datum/Organ)? _____
Für Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ja nein
Ihr Hausarzt? _____

Leiden Sie an:

- Herz/Kreislaufkrankungen
- Diabetes
- Allergien, z.B. Asthma
- Ohnmachtsneigung
- Rheuma
- Geschlechtskrankheiten
- Erkrankung des Blutes
- Arthrose
- Anfallsleiden, z.B. Epilepsie
- Blutungsneigung
- Schilddrüsenerkrankung
- Immunschwäche Aids
- Lebererkrankung
- Glaukom
- Sonstige Erkrankungen: _____
- Nierenerkrankung
- Tuberkulose

Sollen wir Sie für Kontrolltermine anschreiben?

- ja, alle 4 Monate ja, alle 6 Monate nein

Wichtig: Wenn Sie Ihren vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte mindestens 24 h vorher ab. Lesen Sie hierzu bitte auch die Rückseite.



Datum: _____

Unterschrift Patient: _____





Vereinbarung für versäumte Termine



Unsere Praxis ist eine reine Bestellpraxis. Erscheint ein Patient nicht zum vereinbarten Termin, entsteht der Praxis ein Honorarausfall, der weder von der gesetzlichen noch von der privaten Krankenversicherung ersetzt wird. Unsere Praxis ist daher darauf angewiesen, dass der Patient stets zum vereinbarten Termin erscheint oder den Termin rechtzeitig - **mindestens 24 h zuvor** - absagt.

Wenn der vereinbarte Termin nicht abgesagt wurde, beläuft sich der für die Praxis entstehende Honorarausfall auf 50 € pro angefangene halbe Behandlungsstunde. (BGO Ä 24/2c).
Bitte haben Sie hierfür Verständnis, auch aus Rücksicht auf andere Patienten.

Ich bin damit einverstanden, im Falle eines meinerseits versäumten Termins den Honorarausfall zu übernehmen.

München, _____

Unterschrift Patient: _____

Für Privatversicherte

Sollten Sie bei Ihrer privaten Krankenversicherung im Standard- bzw. Basistarif versichert sein, bitte zutreffendes unten ankreuzen.

- Basis
- Standard

Über Kosten, die den jeweiligen Satz Ihrer Versicherung übersteigen, werden Sie vor den jeweiligen Behandlungen aufgeklärt.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihre Angaben.

München, _____

Unterschrift Patient: _____