

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Versicherte Person:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Versicherung: _____

Gesetzlich freiwillig privat PKV-Standardtarif Beihilfe

Besteht eine Zusatzversicherung _____

Mein Hausarzt (Name, Adresse, Telefon): _____

Ihr Hauptanliegen, weshalb Sie heute unsere Praxis aufsuchen: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:

- Herz-/Kreislaufkrankungen
- Bluthochdruck (Hypertonie)
- Bypass/Stent/Herzschrittmacher
- Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie)
- Immunschwäche (HIV/ AIDS)
- Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A, B, C)
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)
- Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Tumorerkrankung
- Osteoporose
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Rauchen Sie? (wieviel pro Tag: _____)

- Allergien (Besitzen Sie einen Allergiepass?)
- Herzklappenerkrankung/-ersatz
- Herzinfarkt, Angina Pectoris
- Endokarditis-Prophylaxe
- Neigen Sie zu blauen Flecken
- Rheuma, rheumatisches Fieber
- Tuberkulose
- Nierenfunktionsstörung
- Augenerkrankung (Glaukom – grüner Star)
- Magen-Darm-Erkrankung
- Einnahme von Bisphosphonaten
- Neigen Sie zur Ohnmacht
- Sonstige Erkrankungen/Infektionen



Schwangerschaft (ja/vielleicht)

Welche: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, ASS) ein?



welche _____

Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerz, Nackenverspannungen, Rückenschmerzen, Tinnitus?



Unsere Praxis hat sich das Ziel gesetzt Ihre Zähne gesund zu erhalten – von Anfang an!

Hierzu bieten wir Ihnen ein breites Spektrum an Prophylaxeleistungen, um Ihre Zähne zu schützen und Ihre Mundgesundheit zu verbessern. Selbstverständlich werden wir, falls es doch einmal nötig sein sollte, auch Ihre erkrankten Zähne sowie Ihr Zahnfleisch optimal therapieren. Im Rahmen dieses Prophylaxekonzeptes bieten wir Ihnen **einen kostenlosen Erinnerungs-Service (Recall) für Kontroll- und Prophylaxe-Termine** an.

Möchten Sie sich für unseren Recall-Service vormerken lassen? Ja nein

Wenn ja, per:



Telefon: _____



Brief: _____



E-Mail: _____

Ich wünsche eine gezielte Beratung über ...



Implantate (künstliche Zahnwurzeln)



Zahnersatz



Laser-Behandlung



Parodontalbehandlung
(Zahnfleischbehandlung)



Amalgamaustausch / -alternativen



Schöneres Lächeln – ästhetische
Zahnheilkunde



Kiefergelenk-Behandlung (CMD)



Sonstiges



Prophylaxe / Professionelle Zahnreinigung



Kinderprophylaxe



Beratung für Schwangere



Mundgeruchsprechstunde



Bleaching (Zahnaufhellung)



Angstfreie Behandlung



Ich wünsche eine reine Schmerzbehandlung

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Internetsuchmaschine: Internetpräsenz

Gelbe Seiten

Telefonbuch

Lage der Praxis

auf Empfehlung von: _____

Unsere Praxis beauftragt eine zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft (DZR) mit der Erstellung und dem Einzug Ihrer Privatrechnung für Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der kostenfreien sechsmonatigen Ratenzahlung an.

Zudem bieten Ihnen die Möglichkeit Ihre Termine online zu vereinbaren und zu verwalten. Schauen Sie hierzu auf www.zahnarztthilger.de.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten