



Zahnarztpraxis

Dr. med. dent.
Edith Zeiler

Dr. med. dent.
Kristin Knorr

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

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.

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift: _____
Straße _____ Nr. _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon: _____
privat _____ mobil _____ ggf. dienstlich _____

Krankenkasse/Versicherung: _____ |Basistarif: ja nein

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja nein

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei Ihrem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns nicht im aktuellen Quartal der Behandlung vor, können wir die erbrachten Leistungen nicht bei Ihrer Krankenkasse abrechnen und Sie erhalten dafür eine Privatrechnung.

Das angeheftete Schreiben (Mediserv) informiert Sie über unsere Abrechnungsgesellschaft. Mit Ihrem Einverständnis können wir Rechnungen über Mehrkosten an diese Firma weitergeben. Diese bietet Ihnen auch die Möglichkeit für eine Ratenzahlung.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie dringend, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Falls Termine unentschuldigt nicht wahrgenommen werden, behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr zu erheben.

Möchten Sie, an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden? ja nein

E-Mail: _____

Bei Kindern: Dürfen wir bei Ihrem Kind lokale Fluoridierungsmaßnahmen an den Zähnen durchführen? ja nein



Medikamente: Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig ein? _____

Nehmen Sie Gerinnungshemmer ein? ja nein

Welche? _____

Allergien: Auf welche Stoffe reagieren Sie allergisch? _____

Besitzen sie einen Allergiepass? ja nein

Herzerkrankungen: Welche? _____ ja nein

Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig? ja nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Hatten Sie einen Herzinfarkt? ja nein

Kreislaufkrankungen: Zu hoher Blutdruck? ja nein

Zu niedriger Blutdruck? ja nein

Stoffwechselerkrankungen: Diabetes? ja nein

Magen-/Darmerkrankung? ja nein

Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Erkrankung des Nervensystems: Epilepsie/Krampfanfälle? ja nein

Schlaganfall? ja nein

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)? ja nein

Blutarmut (Anämie)? ja nein

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? ja nein

Tuberkulose? ja nein

MRSA? (Krankenhauskeim) ja nein

HIV positiv? ja nein

Anderes: Erkrankung der Lunge (z.B. COPD, Asthma)? ja nein

Erkrankung der Nieren? ja nein

Augenerkrankungen (Glaukom, grauer/grüner Star)? ja nein

Osteoporose? ja nein

Tumore? ja nein

Psychische Erkrankungen ja nein

Weitere Erkrankungen: _____

Weitere Angaben: Rauchen Sie? ja nein

Sind oder waren Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Schwangerschaft: Besteht eine Schwangerschaft? Welche Woche? ____ ja nein

Danke für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Veränderungen der obigen Angaben sofort mit. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben!

Datum: _____

Unterschrift: _____