



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworten Sie deshalb die nachfolgenden Fragen. Der Bogen wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Name **(Patient)** _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Name **(Versicherter)** _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Telefon/Fax _____ Handy _____ E-Mail _____

Krankenkasse _____ Private Versicherung _____

Beihilfe Ja Nein

Gesundheitsfragen:

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. durchstreichen:

- Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS, TBC etc..) ja nein _____
- Kreislaufkrankungen (Herz) ja nein _____
- Bypass, Stent, Herzschrittmacher ja nein _____
- Herzklappenerkrankung / -ersatz ja nein _____
- Endokarditis Prophylaxe ja nein _____
- Nierenerkrankung / Insuffizienz ja nein _____
- Lebererkrankung ja nein _____
- Magen & Darmerkrankungen ja nein _____
- Diabetes ja nein _____
- Asthma ja nein _____
- Nervenerkrankung ja nein _____
- Blutungsstörungen / Nachbluten ja nein _____
- Krebs- und Tumorerkrankungen ja nein _____
- Einnahme von Bisphosphonaten ja nein _____

Einnahme von Tranquillizer, Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Arzneimittelüberempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Allergien / Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Glaukom / grüner Star	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Rauchen Sie? (wie viel pro Tag)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Leiden Sie an Migräne, Kopfschmerz, Nackenspannungen, Rückenschmerzen, Tinnitus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Monat: _____ Entbindungstermin _____
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____

Falls Ja welche? (Medikamentenname & Dosis)

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Ihr behandelnder Hausarzt _____

Care Capital

Unsere Praxis beauftragt eine zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft mit dem Versand und dem Einzug Ihrer Privatrechnung für Leistungen, welche nicht von der gesetzlichen Krankenkasse getragen werden. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der kostenfreien sechsmonatigen Ratenzahlung an. Ein weiterer Vorteil für Sie ist, dass wir unseren Verwaltungsaufwand hierdurch reduzieren und dadurch mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben. Selbstverständlich wird vor Erbringen einer solchen „Privat“-Leistung Ihr Einverständnis eingeholt.

Ausfallhonorar

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Wir bitten Sie daher, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Möglichkeit, diese Termine anderweitig zu vergeben. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht rechtzeitig abgesagte Termine Ihnen ggf. in Rechnung stellen. Das gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich versichere, jede Veränderung meiner Angaben vor einer weiteren Behandlung mitzuteilen.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Ihr Zahnzentrum Schwerin