



## 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 risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Zahnärzte Jens & Anette Knippahls, Dr. med. dent. Oliver Bergmeier und  
Facharzt Dr. med. dent. Sören Klaue

### Ihre Personalien

Patient

Name, Vorname

geb.

Versicherungsnehmer

Name, Vorname

geb.

Anschrift

Straße

Telefon privat / geschäftlich

Postleitzahl, Ort

Fax

### Bestellpraxis: Vereinbarte Termine reservieren wir ausschließlich für Sie:

Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind zum vereinbarten Termin nur für Sie da. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Ihnen für nicht eingehaltene Termine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, Schadensersatzansprüche in Höhe von 80,00 Euro je halbe Stunde in Rechnung stellen müssen, da wir für die vorgesehene Dauer Ihrer Behandlung Kosten zu tragen haben, auch wenn Sie nicht erscheinen. Es steht Ihnen natürlich frei nachzuweisen, dass der uns entstandene Schaden nicht oder nicht in dieser Höhe entstanden ist.

### Amalgam

In Ihrem Interesse verarbeiten wir **kein Amalgam!**

Wir verarbeiten Zemente und Compomere als Kassenleistung (ohne Eigenanteil).

Bitte sprechen Sie uns auf hochwertige Versorgung aus Gold, Keramik oder Kunststoff an.

### Krankenversicherungskarte (KVK):

Ihre KVK muß spätestens am jeweiligen Quartalsende bei uns vorliegen. Ohne KVK stellen wir Ihnen die erbrachte Leistung nach privater Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung.

Datum, Unterschrift (Einverständnis): .....

Wünschen Sie Informationen über Leistungen, die Ihre Krankenversicherung eventuell nicht oder nur teilweise trägt? ja  nein

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? (**Bitte unbedingt vor jeder Behandlung angeben**) ja  nein

**Erkrankung:** .....

Name, Telefonnummer Ihres **Hausarztes** .....

Nehmen Sie **Medikamente** ein, wenn ja welche? .....

Leiden Sie unter **Allergien** (Allergiepaß), wenn ja welche? .....

Bestehende **Herzerkrankungen** z.B. Herzklappenersatz oder – defekt? ja  nein

Ist eine **antibiotische Abschirmung** erforderlich? ja  nein

Nehmen Sie **gerinnungshemmende Medikamente**? ja  nein

Besteht **Blutungsneigung** (Hämophilie)? ja  nein

Leiden Sie unter erhöhtem oder zu niedrigem **Blutdruck**? ja  nein

Besteht eine:

**Zuckerkrankheit** (Diabetis) ja  nein

**Nierenerkrankung** ja  nein

**Schilddrüsenerkrankung** ja  nein

Leiden Sie unter **Krämpfen, epileptischen Anfällen**? ja  nein

Leiden Sie unter **Leberentzündungen/Gelbsucht** (Hepatitis)? ja  nein

Leiden Sie unter **Tuberkulose**? ja  nein

Sind Sie **HIV (AIDS)** positiv? ja  nein

Sind Sie **drogen-, alkohol- oder medikamentenabhängig**? ja  nein

Besteht eine **Schwangerschaft**? ja  nein

Wurden innerhalb des letzten Jahres **Röntgenaufnahmen** Ihrer Zähne angefertigt? ja  nein

Sonstiges? ja  nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten an einen möglichen Praxisnachfolger weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit.**