

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. Diese sind wichtig für eine risikofreie Behandlung und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Zahnärzte

Dr. med. dent. Jennifer Schnoor
Marco Martens
Tim Schwachhofer

Ihre Personalien

Patient:

.....
Name, Vorname

.....
geb.

Versicherungsnehmer:

.....
Name, Vorname

.....
geb.

Anschrift:

.....
Straße/Nr.

.....
Telefon privat/geschäftlich

.....
Postleitzahl, Ort

.....
Fax

.....
Ihre E-Mail

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,- Euro je halbe Stunde in Rechnung stellen müssen. Für die vorgesehene Dauer Ihrer Behandlung entstehen uns auch Kosten, wenn Sie nicht erscheinen. Es steht Ihnen natürlich frei nachzuweisen, dass der uns entstandene Schaden nicht oder nicht in dieser Höhe angefallen 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):

Anamnesebogen

Zutreffendes bitte ankreuzen

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? Ja Nein

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

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

Nehmen Sie **Bisphosphonate** ein? (bei Osteoporose oder Tumorerkrankung) Ja Nein

Leiden Sie unter **Tuberkulose**? Ja Nein

Sind Sie **HIV (AIDS)** positiv? Ja Nein

Sind Sie **drogen-, alkohol- oder medikamentenabhängig**? Ja Nein

Bei weiblichen Patientinnen: Besteht eine **Schwangerschaft**? Ja Nein

Wurden innerhalb des letzten Jahres **Röntgenaufnahmen** Ihrer Zähne angefertigt? Ja Nein

Sonstiges? Ja Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

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.