

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Wir danken Ihnen für das Vertrauen, dass Sie die Gesundheit Ihrer Zähne in unsere Verantwortung geben. Damit wir besser auf Ihre Wünsche und Probleme eingehen können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten.

1. Mein letzter Zahnarztbesuch war am \_\_\_\_\_
2. Heute komme ich wegen \_\_\_\_\_
  - Zahnschmerzen
  - Zahnfleischbluten / -entzündung
  - weil ich Probleme mit meinem Zahnersatz / Prothese habe.
  - ich bin mit der Farbe / Form / Stellung meiner Zähne nicht zufrieden.
  - ich hätte gern eine hellere Zahnfarbe.
  - andere Gründe \_\_\_\_\_
3. Ich bin durch die Praxis aufmerksam geworden, wurde empfohlen
  - Freunde
  - Internetportale, Suchmaschinen \_\_\_\_\_
  - andere Ärzte, Zahnärzte \_\_\_\_\_
3.  Ich bin an Informationen zur Zahnpflege (Prophylaxe) interessiert.
- Ich möchte regelmäßig an meinen Vorsorgetermin erinnert werden. (Recall)
- Zur Erhaltung meiner Zähne würde ich private Leistungen übernehmen, die von den gesetzlichen Krankenkassen (AOK, DAK etc.) nicht übernommen werden. Wir werden Sie vorher über die Kosten genau informieren.
- Haben Sie eine E-Mail-Adresse, die wir zur Terminabsprache o.ä. nutzen können?  
\_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

Bitte zutreffendes ankreuzen, vielen Dank!

Nennen Sie uns auch bitte alle Veränderungen Ihres Gesundheitsstatus (neu auftretende Erkrankungen, Änderungen der Medikation etc.) sofort.

Ich willige ein, dass Auskünfte bei EURO-PRO Gesellschaft für Data Processing mbH oder ähnlichen Anbietern, zu meiner Bonität eingeholt werden dürfen. Diese Auskünfte fallen unter die Schweigepflicht und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Unsere Praxis ist nach einem Terminsystem organisiert. Dies bedeutet für Sie geringe Wartezeiten und eine ungestörte Behandlungszeit, in der wir uns optimal um Ihre Probleme kümmern können. Wir bitten Sie daher, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei nicht eingehaltenen Terminen behalten wir uns vor, die entstandene Verweilzeit in Rechnung zu stellen.

Es gilt hierfür eine Gebühr von 85,- EUR / 30 Minuten reservierte Behandlungszeit als vereinbart.

Potsdam, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Bitte beachten Sie, dass diese zum Teil gesetzlich vorgeschriebenen Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Ihre Angaben werden von uns zwar gegebenenfalls elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient:	Name .....	Vorname .....	geb. am .....
Versicherter:	Name .....	Vorname .....	geb. am .....
Versicherung:	<input type="checkbox"/> gesetzliche Versicherung	<input type="checkbox"/> private Versicherung	Krankenkasse
	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Vollversicherung	
	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> beihilferechtigt	
	<input type="checkbox"/> Kostenerstattung	<input type="checkbox"/> Basistarif	Zutreffendes bitte ankreuzen
Anschrift:	Straße .....	PLZ .....	Ort .....
Tel. ....	mobil .....	E-Mail .....	
Arbeitgeber .....	Beruf .....	Tel. geschäftlich .....	
Name und Anschrift Ihres Hausarztes: .....			
Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?			Bitte ausfüllen oder ankreuzen
			Ja    Nein
Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzasthma, Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufferkrankungen:	zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt, wann? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems:	epileptiforme Anfälle/Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen:	Blutungsneigungen (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien:	Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Penicillin-Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen Sie einen Allergiepass? Überempfindlichkeit gegen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	chronischer Erkrankungen der Atemwege - Husten etc. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aids, HIV-positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsystem:	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:	.....		
Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? .....			
Weitere Angaben:	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie frisch operiert und wenn ja, wo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen/möchten Sie ein Röntgennachweisheft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie schwanger? (Wenn ja, in welchem Monat?) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege nutzen Sie? .....			
Datum/Unterschrift		Patient/Versicherter	