



MAIROCK & SCHÖNGART

PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

Willkommen in unserer Praxis!

Ihr Wohlergehen liegt uns stets am Herzen. Für eine risikofreie und vollständige Behandlung sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen **gewissenhaft und vollumfänglich**. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind für Ihre und unsere Gesundheit von großer Bedeutung.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

<u>Patient</u>	<u>Abweichender Versicherter</u>
Nachname _____	Nachname _____
Vorname _____	Vorname _____
Geb.datum _____	Geb.datum _____
Anschrift _____	Telefon _____
Telefon _____	<u>Abweichender Rechnungsempfänger</u>
E-Mail _____	Nachname _____
Versicherung _____	Vorname _____
Beruf _____	Geb.datum _____
	Anschrift _____

Allgemeine Fragen

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

Haben Sie ein Bonusheft? ja nein

Sind Sie beihilfeberechtigt (öffentlicher Dienst)? ja nein

Möchten Sie an wichtige **Vorsorgetermine oder Behandlungstermine** bei uns erinnert werden?

Ja, per Mail ja, per SMS nein

Bei wem dürfen wir uns für Ihren Besuch bedanken?

Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns in die Praxis?

Bitte wenden

GESUNDHEITSFragen

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein
Welche? _____
Nehmen Sie oder haben Sie schon mal
Bisphosphonate eingenommen? ja nein
Haben Sie bekannte Allergien? ja nein
Welche? _____
Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
Besitzen Sie einen Herzpass? ja nein
Haben Sie eine Infektionskrankheit (Hepatitis,
HIV)? ja nein
Leiden Sie unter Diabetes? ja nein
Haben Sie grünen Star? ja nein
Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?
ja nein

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?
ja nein
SSW? _____
Rauchen Sie? ja nein
SPEZIELL:
Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein
Leiden Sie unter Geräuschen oder Beschwerden am
Kiefergelenk? ja nein
Besitzen Sie Zahnimplantate? ja nein
Hatten Sie im letzten ½ Jahr eine
Röntgenuntersuchung beim Zahnarzt? ja nein
Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden? ja nein
Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? _____

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes (auch Schwangerschaften) unverzüglich mitzuteilen.**

Wir sind eine reine Bestellpraxis, nicht zuletzt deshalb, damit wir Sie **immer termingerecht** behandeln können. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir für nicht eingehaltene Termine (Absagefrist bis 24 h vor Behandlungsbeginn) ein **Ausfallhonorar berechnen** müssen. Sollten Sie dennoch nicht rechtzeitig absagen, sind Sie verpflichtet, die Kosten der für diesen Tag geplanten Behandlung zu zahlen. (Gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und stimme den Datenschutzbestimmungen der Praxis zu (einsehbar im Wartezimmer und auf Nachfrage an der Anmeldung).

Datum, Unterschrift