



HENNIG & MAIROCK

PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

Willkommen in unserer Praxis!

Ihr Wohlergehen liegt uns stets am Herzen. Für eine risikofreie und 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!

Patient

Nachname _____

Vorname _____

Geb.datum _____

Anschrift _____

Telefon _____

Email _____

Versicherung _____

Beruf _____

Abweichender Versicherter

Nachname _____

Vorname _____

Geb.datum _____

Telefon _____

Abweichender Rechnungsempfänger

Nachname _____

Vorname _____

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?



GESUNDHEITSFRAGEN

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

welche? _____

Nehmen 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

Leiden Sie unter einer 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 eingehaltenen Termine (Absagefrist bis 48 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