

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS !

Damit wir uns umfassend um Sie kümmern können, benötigen wir einige Angaben über Ihre allgemeine Gesundheit, um eine adäquate und risikoarme Behandlung zu gewährleisten. Ihre Daten werden von uns gespeichert, unterliegen aber der ärztlichen Schweigepflicht gem. §203 STGB. Darüber hinaus interessieren uns Ihre Wünsche und Vorstellungen bezüglich der zahnmedizinischen Versorgung.

Name des Patienten: **Vorname:** **geb.:**
Name des Versicherten: **Vorname:** **geb.:**
Straße: **PLZ/Ort:**
☎ Privat: **☎ Mobil:** **Em@il:**
Beruf: **Arbeitgeber:** **☎ Dienstl.:**

Ihre Versicherung

- Gesetzlich Freiwillig versichert Privat / **Basistarif**
 Privat Beihilfeberechtigt

Ihre allgemeine Gesundheit:

- Herzerkrankung Diabetes HIV/AIDS Hepatitis A,B,C,D,E
 Herzschrittmacher Künstl. Herzklappen Schilddrüsenerkrankung Asthma
 Blutdruck hoch/niedrig Ohnmachtneigung Blutungsneigung/Hämophilie Epilepsie
 Magen-Darm-Erkrankung Tumorleiden Allergie gegen: _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?: _____

Sind Sie Raucher ? nein ja, ___ Zigaretten pro Tag
 Besteht eine Schwangerschaft? nein ja, ___ Monat

Grund Ihres Besuches ?

- akute Zahnschmerzen Vorsorgeuntersuchung Zahnfleischbluten Zahnersatz
 Kiefergelenksbeschwerden Mundgeruch Kariesprobleme _____

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

- Angst vor der Behandlung Starker Würgereiz Behandlung nur mit Betäubung

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ? **Empfohlen durch:** _____
 Internet
 Sonstiges: _____

Ihre Beratungswünsche

- Parodontologie Professionelle Zahnreinigung (PZR) Zahnaufhellung (Bleaching)
 Zahnersatz Implantate Zahnästhetik/Kosmetik
 Zahnfarbene Füllungen Amalgamsanierung _____

Sie können von uns erwarten, dass wir die mit Ihnen vereinbarten Termine einhalten. Andererseits darf die Zeit nicht die Art und Qualität der Behandlung diktieren. Wir bitten um Verständnis, wenn sich einmal Wartezeiten trotz Planung und Absprache nicht ganz vermeiden lassen. Falls Verzögerungen im Tagesplan für uns absehbar sind, versuchen wir, Sie telefonisch zu erreichen.

Termine, die Sie nicht einhalten können, müssen bis **spätestens 24 Stunden** vorher abgesagt werden, da ansonsten die entstehenden Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Die Abrechnung übernimmt für uns die Abrechnungsgesellschaft **Mediserv** (Saarbrücken) und das Inkassobüro **Confidentia** in Bonn.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bonn, den _____
