

Patienten - Anmeldung

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie daher diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon privat

Fax

Mobiltelefon

E-Mail Adresse

Krankenkasse

Freiwillig versichert? ja nein

Pflichtversichert? ja nein

Privat zahnärztlich zusatzversichert? ja nein

Liegt ein Pflegegrad vor?

Rechnung an Patient oder Versicherten?

Versicherter

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Arbeitgeber

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Sehr geehrte Patientin, verehrter Patient!

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Termine Fixtermine sind. Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 48 Stunden / 2 Werktage vorher mitteilen, da wir Ihnen sonst die für Sie vorgesehenen Zeiten in Rechnung stellen, € 75,- je ½ Stunde. (§304, §615 BGB). Wir erstellen die Rechnung nach der GOZ sowie der GOÄ in der jeweils gültigen Fassung des Gebührenrahmens.

Mir ist bekannt, dass die Rechnungserstattung unabhängig etwaiger Erstattungsansprüche gegenüber Krankenversicherungen, Beihilfestellen oder sonstiger Kostenträger in voller Höhe zu erfolgen hat.

Die Patienteninformationen zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) habe ich gelesen/ erhalten.

Facharztforum Fürth, Bahnhofplatz 6, 90762 Fürth, Telefon 0911 50 720 999

Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.
Bitte füllen Sie daher diesen Fragebogen sorgfältig aus.
Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bei wem?
Haben Sie eine Herzerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?
Tragen Sie einen Herzschrittmacher / künstl. Herzklappen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hatten Sie bereits eine Endokarditis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie einen hohen Blutdruck, oder einen zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Nehmen Sie Gerinnungshemmer (z.B. Marcumar, Aspirin)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?
Leiden Sie an einer Bluterkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hatten Sie einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sind Sie Diabetiker?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welcher Typ?
Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?
Leiden Sie an einer Immunschwäche (HIV+)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie Lebererkrankungen (Hepatitis)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie eine Lungenerkrankung / Asthma bronchiale?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie eine Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leiden Sie an Depressionen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leiden Sie an Epilepsie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?
Nehmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?
	<input type="checkbox"/> Tabletten	<input type="checkbox"/> intravenös	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente empfindlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Auf welche?
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wieviele Zigaretten täglich ca.?
Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	In welchem Monat?

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Knirschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mundgeruch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sonstiges		

Sie sind uns wichtig

Möchten Sie von uns telefonisch an Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden? ja nein

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen ja nein

Starke Schmerzempfindlichkeit ja nein

Starker Würgereiz ja nein

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

.....

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zahnfarbene Füllungen / Kronen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weißer Zähne (Bleaching)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ernährungsfragen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sonstiges		

Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Fürth, den

.....
 Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Vielen Dank, Ihr Praxisteam Dr. med. dent. Florian Wenninger, M.Sc.