

Schön, dass Sie den Weg zu uns gefunden haben,
und herzlich willkommen in unserer Praxis.



MECHTHILD
ELFERING
ZAHNÄRZTIN

Bevor wir Ihren Zähnen unsere Aufmerksamkeit schenken, benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung und dient ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Daten

PATIENT/IN

Name _____
Vorname _____
Geb _____
Straße _____ Nr. _____
PLZ _____ Ort _____
Beruf _____
 Schüler Student arbeitslos Rentner Hausfrau
Arbeitgeber _____
Tel. dienstl. _____
Tel. privat _____ Tel. mobil _____
E-Mail _____

VERSICHERTE/R (z.B. Mutter/Vater/Ehefrau/Ehemann)

wie links (*Patient/in*)

Name _____
Vorname _____
Geb _____
Straße _____ Nr. _____
PLZ _____ Ort _____
Beruf _____
Arbeitgeber _____
Tel. dienstl. _____
Tel. privat _____ Tel. mobil _____
E-Mail _____

Krankenkasse _____

- Gesetzlich versichert Freiwillig versichert
 Ich habe eine Zusatzversicherung für zahnärztliche Behandlungen abgeschlossen.

Privat versichert bei der _____

- Basisversicherung Bundesbeihilfe Landesbeihilfe

- Ich möchte eine Erinnerung zu anstehenden Kontrolluntersuchungen durch die Zahnarztpraxis erhalten.
Per Telefon Brief oder Karte o.g. E-Mail

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis? _____

Welche Wünsche haben Sie an die Behandlung? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Internet Telefonbuch Persönliche Empfehlung

HINWEISE ZUR ORGANISATION UNSERER PRAXIS

Unsere Terminplanung erfolgt mit dem Ziel, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Aus diesem Grund bitten wir Sie, vereinbarte Termine entsprechend der Terminplanung einzuhalten. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, **sagen Sie ihn bitte mindestens 24 Stunden vorher ab, ansonsten müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr in Rechnung stellen.**

Für Schmerz- und Notfallbehandlungen haben wir separate Zeiten vorgesehen. Sofern die akute Erkrankung dies zulässt, kündigen Sie Ihren Besuch bitte telefonisch an. So können wir Ihnen auch hier die Verringerung von Wartezeiten ermöglichen.

Bitte wenden

Allgemeine Fragen zum Gesundheitszustand des Patienten

Haus-/Kinderarzt

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Ja Nein

Falls ja, welche und in welcher Dosierung? _____

Liegt bei Ihnen eine Herz-/Kreislaufferkrankung vor?

Herzschrittmacher Künstliche Herzklappe Niedriger Blutdruck Bluthochdruck

Andere _____

Sind Allergien bekannt? Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Falls ja, welcher Schwangerschaftsmonat? _____

Infektionen Hepatitis A/B/C HIV (Aids) Tuberkulose

Andere Krankheiten Rheuma Schilddrüse Diabetes Epilepsie Schlaganfall

Leberzirrhose Gallensteine Grauer Star Grüner Star

Rauchen Sie? Ja Menge _____ /Tag Nein

Bestehen oder bestanden Tumore oder Geschwulste? Ja Nein

Wird/Wurde eine Strahlen- und/oder Chemotherapie durchgeführt? Ja Nein

Bemerken Sie häufiger Kopfschmerzen/Muskelverspannungen? Ja Nein

ZAHN-/MUND-/KIEFERSITUATION

Wünschen Sie nur eine Behandlung der aktuellen Beschwerden? Ja Nein

Haben Sie Blutungen im Mundbereich? Ja Nein

Sind Sie mit dem Aussehen (der Form) Ihrer Zähne unzufrieden? Ja Nein

Befinden/Befanden Sie sich in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Legen Sie besonderen Wert auf hochwertige zahnfarbene

Materialien bei der Zahnbehandlung (z.B. Füllungen)? Ja Nein

Nehmen Sie manchmal einen metallischen Geschmack wahr? Ja Nein

Nehmen Sie Geräusche im Kiefergelenk wahr (z.B. beim Gähnen oder Kauen)? Ja Nein

Lassen Sie regelmäßig Prophylaxebehandlungen vornehmen? Ja Nein

Wann und wo wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt? _____

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben und möchten Sie noch darauf hinweisen, dass Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bitte vor jeder Behandlung mitteilen müssen.

Die für die jeweiligen Abrechnungen notwendigen Daten leiten wir zum Teil an eine Abrechnungsgesellschaft weiter, welche die Rechnungsstellung in unserem Auftrag vornimmt.

Ort, Datum, Unterschrift

Mit der Unterschrift wird die Korrektheit und Vollständigkeit der gemachten Angaben bestätigt.