

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, Sie in Sachen Mund-, Kiefer- und Zahngesundheit umfassend beraten und stets nach neuesten medizinischen Erkenntnissen behandeln zu können. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne!
 Selbstverständlich unterliegen sämtliche Informationen, die Sie uns geben, der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir führen eine Bestellpraxis:

Das bedeutet, dass für Sie keine (oder fast keine) Wartezeiten entstehen. Das bedeutet aber auch, dass Sie – wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können – spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da sonst die exklusiv für Sie vorgehaltene Zeit in Rechnung gestellt werden kann.

Die Honorierung erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)/Ärzte (GOÄ) innerhalb des vorgeschriebenen Rahmens vom 1,0 bis 3,5 fachen Satz. Bei schwierigen, zeitaufwendigen Behandlungen oder bei besonderen Umständen wird der 2,3 fache Satz entsprechend den Vorschriften der Gebührenordnung überschritten bis maximal zum 3,5 fachen Satz. Sollte eine Vereinbarung nach § 2 GOZ erforderlich sein, erhalten Sie vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Einverständniserklärung.

Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung erstellte diagnostische Röntgenbilder und Fotografien anonymisiert vom Behandler im Rahmen der Aus- und Fortbildung von Ärzten verwendet werden können.

 Patient (Name / Vorname)

 Geburtsort

 Geburtsdatum

 Name, Vorname des Versicherten (Ehepartner/Vater/Mutter)

 Geburtsdatum

 Anschrift (Straße, Nummer)

 Plz

 Ort

 Beruf

 Arbeitgeber

 Telefon Privat

 Telefon Geschäft

 Telefon Mobil

 E-Mail

 Krankenkasse

freiwillig versichert
 beihilfeberechtigt

pflichtversichert
 zusatzversichert

 Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von?

 Sonstige Gründe für Ihre Entscheidung?

 Weshalb kommen Sie zu uns?

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? nein ja _____
Behandelnder Arzt?

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Herzinsuffizienz)
unregelmäßiger Herzschlag
Angina pectoris
Herzschrittmacher

Erkrankungen des Nervensystems:

epileptische Anfälle

Sonstige Erkrankungen:

Kreislaufferkrankungen:

zu hoher Blutdruck
zu niedriger Blutdruck
Zustand nach Herzinfarkt
Ohnmachtsanfälle

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)
Magen-Darmerkrankungen
Schilddrüsenerkrankungen

Nehmen Sie Blutverdünner?

Marcumar	Aspirin	Heparin
Eliquis	Xarelto	Pradaxa
Lixiana	Argatra	

Bluterkrankungen:

Blutungsneigungen (Hämophilie)
Blutarmut

Weitere Angaben:

Sind Sie frisch operiert? Nein Ja

Sind Sie schwanger? Nein Ja

Sind oder waren Sie drogen- oder medikamenten-abhängig? Nein Ja

Legen Sie besonderen Wert auf Behandlung unter lokaler Betäubung? Nein Ja

Wünschen Sie Informationen über ein intensives Vorsorgeprogramm? Nein Ja

Wünschen Sie Info zur Amalgamentfernung und verträglichen Alternativen? Nein Ja

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?

Datum / Zeitraum

Sollten Sie Fragen zu diesem Erhebungsbogen haben, wenden Sie sich bitte an den Arzt!

Für die Richtigkeit der Angaben: Münster,

_____ Datum

_____ Unterschrift des Patienten

(bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)