

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für das Vertrauen, das Sie unserer Praxis entgegenbringen.

Um Ihnen eine optimale Betreuung von Anfang an bieten zu können, bitten wir Sie, die unten aufgeführten Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Die darin enthaltenen Informationen sind für uns sehr wichtig und für den von Ihnen gewünschten Therapie-Service hilfreich. *Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203*

StGB sowie den Bestimmungen des Datenschutzes. zahnmedizin im zentrum wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet für Sie in aller Regel geringe Wartezeiten. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen frühzeitig abzusagen, damit wir mit Ihnen einen Ersatztermin für Ihre Behandlung vereinbaren können. Bitte beachten Sie unsere Datenschutzhinweise: www.deine-zahnarztpraxis.de/datenschutz

Patient(in)	Name*		Vorname*		geb.*
	Name*		Vorname*		geb.*
Versicherte(r)	Name*		Vorname*		geb.*
	Name*		Vorname*		geb.*
Anschrift	Straße/Nr.*		PLZ/Ort*		
	Telefon/Festnetz*		Telefon/mobil	E-Mail @	
	Gesetzliche Versicherung		Private (Zusatz)-Versicherung	ja	nein
Krankenkasse	Gesetzliche Versicherung		Private (Zusatz)-Versicherung	beihilfeberechtigt?	
Beruf	Beruf		Arbeitgeber	Telefon, dienstl.	
Hausarzt	Name		PLZ/Ort		

Hinweis für privatversicherte und beihilfeberechtigte Patienten

Die Rechnungsstellung erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte / Ärzte (GOZ / GOÄ). Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Erstattungseinschränkungen und individuelle Auslegungen der GOZ durch den Ersteller bei der Rechnungslegung nicht berücksichtigt werden können.

Hinweis zur Rechnungslegung

Die Liquidation von Privatleistungen und Eigenanteilen erfolgt über **BFS health finance**. Weitergehende Informationen dazu erhalten Sie auf Wunsch an der Anmeldung und unter www.bfs-health-finance.de. Bei fehlender Einwilligung müssen wir auf **Bar- oder Kartenzahlung** bestehen.

Haben Sie zur Zeit Schmerzen, akute Beschwerden oder Wünsche, die Sie zu uns führen? Wenn ja, welche:

Ich wünsche eine spezielle Beratung zu folgenden Themen	ja	nein	Bemerkung
Professionelle Zahnreinigung/Prophylaxe			
Karies- und Parodontitisvorbeugung			
Amalgam/Entfernung und Alternativen			
Kiefergelenkschmerzen /-knacken /-knirschen/Kopfschmerz			
Kosmetisch-Ästhetische Zahnbehandlung/Zahnaufhellung/Keramik o.ä.			
Zahnersatz			
Wurzelkanalbehandlungen unter Mikroskop			
Implantate/künstliche Zahnwurzeln			
In Zusammenarbeit mit der Lungenpraxis Schleswig, Dres. Deimling und Volger-Deimling, behandeln wir Formen der nächtlichen Apnoe (Atmungsstörung) und des Schnarchens. Bitte beantworten Sie dazu folgende Fragen:			
Schnarchen Sie?			
Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit?			
Bemerken Sie nächtliche Atemaussetzer?			
Treffen zwei der letztgenannten drei Symptome bei Ihnen zu, besteht der Verdacht auf eine schlafbezogene Atmungsstörung . Die Probleme sollten weiter abgeklärt werden – Sie erhalten dazu einen speziellen Fragebogen.			

Ich möchte zur regelmäßigen Routineuntersuchung angeschrieben werden (Recall)

ja	nein

* Notwendige Pflichtangaben.
Freiwillige Angaben können jederzeit widerrufen werden.

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen zu Ihrer Gesundheit!

Ihre Antworten sind wichtig, um mögliche Risiken bei der Behandlung und Medikation bewerten und vermeiden zu können.

	ja	nein	Bemerkung
Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?			
Für Frauen: Besteht Schwangerschaft?*			
Wann war die letzte zahnärztliche Untersuchung?			
Rauchen Sie oder nehmen Sie andere Suchtmittel (Alkohol, Drogen) regelmäßig zu sich?			
Wenn ja, bitte angeben:			
Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?			
Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C („Gelbsucht“)*			
HIV + /AIDS*			
Diabetes (Zuckerkrankheit) TYP 1 /TYP 2 *			
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) *			
Andere Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Herzklappenersatz ...)*			
Blutdruckstörung*			hoch niedrig
Asthma*			
Bluterkrankungen / Gerinnungsstörungen / Antikoagulationspräparate („Blutverdünner“)*			
Anfallsleiden / Epilepsie*			
Rheuma*			
Krebs / Bestrahlung / Chemotherapie*			
Andere Erkrankungen:*			
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?			
Wenn ja, welche:*			
Sie sind Sie jemals mit Bisphosphonatpräparaten behandelt worden?*			
Hatten oder haben Sie eine Allergie oder allergische Symptome auf eine der folgenden Substanzen?	(Bitte schauen Sie ggf. in Ihrem Allergiepass nach!)		
Allergie Jod*			
Allergie Penicillin*			
Allergie Andere Antibiotika*			
Allergie ASS (Aspirin)*			
Allergie Andere Schmerzmittel*			
Allergie Quecksilberverbindungen (Amalgam)*			
Allergie Chrom- / Kobalt- / Molybdänverbindungen (Stahl)*			
Allergie Andere Substanzen / Medikamente*			
Haben Sie eine der folgenden Zahn- /Zahnfleischerkrankungen?			
Zahnfleischbluten / -entzündung			
Zahnschmerzen an einzelnen oder Gruppen von Zähnen			
Verfärbte Zähne			
Gelockerte / fehlende Zähne			
Schwellungen oder Schleimhautveränderungen unbekannter Entstehung			
Haben Sie einen der folgenden Nachweis-Pässe?			
Zahnärztliches Bonusheft			bitte ausstellen:
Zahnärztlicher Kinderpass			bitte ausstellen:
Röntgenpass / Strahlenpass			bitte ausstellen:
Herzpass*			
Allergiepass*			

* Notwendige Pflichtangaben.
Freiwillige Angaben können jederzeit widerrufen werden.

Ich bin durch auf Ihre Praxis aufmerksam geworden.

Ich verpflichte mich, rechtzeitig Änderungen meiner Personalien sowie meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Ort, Datum:

Unterschrift: