



LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHES

Name | Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ | Ort

Telefon Festnetz

Telefon mobil

E-Mail

Beruf | Arbeitgeber

Bitte erinnern Sie mich an meinen nächsten Vorsorgetermin per E-Mail Telefon

VERSICHERUNG

Krankenkasse

gesetzlich versichert Zusatzversicherung privat versichert beihilfeberechtigt Basistarif

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Name | Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ | Ort

WIE WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM?

Persönliche Empfehlung Im Vorbeigehen Anzeige: _____

Überweisender Arzt: _____ Internet: _____

Sonstiges: _____

BITTE WENDEN >>>

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN

Name und Adresse Hausarzt _____

| | JA | NEIN | | JA | NEIN |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Hoher Blutdruck | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nehmen Sie Medikamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Marcumar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Blutgerinnungsstörung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ASS | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schlaganfall | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cortison | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Bisphosphonat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sonstige: _____ | | |
| Rheumatische Krankheiten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| wenn ja, welche: _____ | | | Allergien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Sonstige Erkrankungen: _____

wenn ja, welche: _____

| | | | | | |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Infektionskrankheiten: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Rauchen Sie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| HIV | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Hepatitis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sind Sie schwanger? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sonstige: _____ | | | wenn ja, welche Woche: _____ | | |

MUNDGESUNDHEITSFRAGEN

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- Vorsorgeuntersuchung Beratung 2. Meinung Schmerzbehandlung Neuer Zahnersatz
- Überweisung Zahnarzt Sonstiges: _____
- „Wie kann ich meine Zähne möglichst ein Leben lang erhalten?“
- „Ich bin mit dem Erscheinungsbild meiner Zähne unzufrieden: Welche Möglichkeiten gibt es, dieses zu verbessern?“
- „Mir ist ein Stück vom Zahn abgebrochen: Welche Möglichkeiten der Zahnreparatur bieten Sie?“
- „Beim Zähneputzen blutet es manchmal: Was kann man dagegen tun?“
- „Ich habe Beschwerden mit dem Kiefergelenk (Knacken, Knirschen, Spannungskopfschmerz): Was können Sie für mich tun?“
- „Ich habe eine herausnehmbare Zahnprothese: Kann ich festsitzenden Zahnersatz bekommen?“
- „Ich gehe nicht gerne zum Zahnarzt: Können Sie mir die Angst nehmen?“
- „Ich habe noch weitere Fragen oder ein besonderes Anliegen.“

Unsere Praxis nutzt den Service eines „Factoring“-Unternehmens, welches Verwaltungsaufgaben und Abrechnungsdienste für uns übernimmt. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der kostenfreien Ratenzahlung an. Ein weiterer Vorteil für Sie ist, dass wir unseren Verwaltungsaufwand hierdurch reduzieren und dadurch erheblich mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben. Selbstverständlich wird vor dem Erbringen einer solchen „Privat“-Leistung Ihr Einverständnis eingeholt. Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis und versuchen stets, die Wartezeit so gering wie möglich zu halten. Sollten Sie Ihrerseits einen vereinbarten Termin nicht einhalten können und diesen nicht 24 Std. vor der Behandlung abgesagt haben, behalten wir uns vor, Ihnen die Kosten für die reservierte Behandlungszeit in Rechnung zu stellen (s. Urteil vom OLG Stuttgart AZ 1 U 154/06).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters



LIEBE ELTERN!

Wir freuen uns sehr, Ihren Sprössling und Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe, um Ihr Kind medizinisch verantwortlich behandeln zu können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHES

Name | Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Straße

PLZ | Ort

Telefon Festnetz

Telefon mobil

familienversichert bei (versicherter Elternteil):

Mutter

Vater

Name | Vorname

Geburtsdatum

E-Mail

Beruf | Arbeitgeber

Bitte erinnern Sie mich an meinen nächsten Vorsorgetermin per

E-Mail

Telefon

VERSICHERUNG

Krankenkasse

gesetzlich versichert Zusatzversicherung privat versichert beihilfeberechtigt Basistarif

WIE WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM?

Persönliche Empfehlung Im Vorbeigehen Anzeige: _____

Überweisender Arzt: _____ Internet: _____

Sonstiges: _____

BITTE WENDEN >>>

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN

Name und Adresse des Kinderarztes _____

| | JA | NEIN | | JA | NEIN |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Gelbsucht | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Infektionskrankheiten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Krampfanfälle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Blutgerinnungsstörung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Allergien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | wenn ja, welche: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | | |
| Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | | |
| Lungenerkrankungen/ Asthma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |

Sonstige Erkrankungen: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? wenn ja, welche: _____

MUNDGESUNDHEITSFRAGEN

- „Mein Sprössling hat sich Lutschgewohnheiten angeeignet. Was können Sie mir zur Abgewöhnung raten?“
 Daumen Schnuller Sonstiges
- „Einige Zähne sind etwas schief gewachsen: ist eine kieferorthopädische Behandlung od. Untersuchung erforderlich?“
Falls bereits in Behandlung: Name des Kieferorthopäden: _____
- „Unsere regelmäßige Zahnpflege ist sehr umfangreich (bitte ankreuzen): Muss ich etwas besonderes beachten?“
- Zähneputzen: allein Nachreinigung/Kontrolle von Mutter/Vater
 Handzahnbürste elektrische Zahnbürste
- Zwischenraumpflege: ja, täglich ja, gelegentlich nein
 Zahnseide Bürstchen Sticks/Picks
- Regelmäßige Prophylaxe: ja, halbjährlich ja, gelegentlich nein
- „Unsere Familie achtet auf eine abwechslungsreiche Ernährung. Gibt es auch hier Besonderheiten?“
Regelmäßige Fluoridaufnahme? nein Speisesalz Zahnpasta Tabletten Gelee
Was trinkt Ihr Kind? Wasser Fruchtsäfte Tee ungesüßt Tee gesüßt Limonade
- „Ich/wir habe/haben noch Fragen und ein besonderes Anliegen:“

Unsere Praxis nutzt den Service eines „Factoring-“Unternehmens, welches Verwaltungsaufgaben und Abrechnungsdienste für uns übernimmt. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der kostenfreien Ratenzahlung an. Ein weiterer Vorteil für Sie ist, dass wir unseren Verwaltungsaufwand hierdurch reduzieren und dadurch erheblich mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben. Selbstverständlich wird vor dem Erbringen einer solchen „Privat“-Leistung Ihr Einverständnis eingeholt.

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis und versuchen stets, die Wartezeit so gering wie möglich zu halten. Sollten Sie Ihrerseits einen vereinbarten Termin nicht einhalten können und diesen nicht 24 Std. vor der Behandlung abgesagt haben, behalten wir uns vor, Ihnen die Kosten für die reservierte Behandlungszeit in Rechnung zu stellen (s. Urteil vom OLG Stuttgart AZ 1 U 154/06).

Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Datum

Unterschrift beider Eltern bzw. Erziehungsberechtigter