

Wichtige Hinweise

Im Folgenden haben wir einige wichtige Hinweise zu Ihrer Information aufgelistet. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben sowie die Kenntnisnahme dieser Hinweise und Ihr Einverständnis.

- Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes werden unverzüglich von mir an die Praxis weitergegeben.
- Wenn meine Versicherungskarte nicht vorliegt bzw. von mir nicht nachgereicht wird, wird mir die Behandlung privat in Rechnung gestellt
- Wir bitten Sie um Verständnis dafür, dass wir Ihnen bei einer Terminabsage weniger als 24 Stunden vor der geplanten Behandlung das vorgesehene Zahnarzthonorar gegebenenfalls privat in Rechnung stellen müssen.
- Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter Einfluss von Injektionen zur lokalen Betäubung, therapeutischen Injektionen und Medikamenten, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, für 4-6 Stunden nach der Behandlung, beeinträchtigt sein kann.

Hannover, den

.....
Unterschrift, ggf. gesetzliche Vertretung, Zahlungspflichtiger



Z A H N Ä R Z T E
S C H O E B E L & R E U L E K E

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren persönlichen Angaben auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie daher den Fragebogen möglichst gewissenhaft aus, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche Betreuung zukommen lassen können. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank.

Name Vorname Geburtsdatum

Geburtsort

Versicherter (z.B. bei Kindern) Geburtsdatum

Zahlungspflichtiger

Straße PLZ Wohnort

Tel (privat) Tel (geschäft.) Tel (mobil)

E-Mail Adresse Homepage

Beruf

Krankenkasse gesetzlich versichert ja nein Beihilfe ja nein

Zusatzversicherung

private Vollversicherung ja nein Basis-Tarif (privatversichert) ja nein

Was führt Sie zu uns?

Sind wir empfohlen worden? ja nein ggf. durch wen?

Wie sind Sie sonst auf uns aufmerksam geworden?



Z A H N Ä R Z T E
S C H O E B E L & R E U L E K E

Wünschen Sie?

Eine Routinekontrolle? ja nein

Eine gründliche Untersuchung? ja nein

Eine Sanierung? ja nein

Eine Beratung? ja nein wenn ja, wegen

Haben Sie Schmerzen? ja nein

Haben Sie einen besonderen Wunsch oder Anliegen?

Zähne aufhellen, dunkle Füllungen austauschen, Zahnfehlstellungen korrigieren?

Möchten Sie über Zahnersatz und oder Implantate aufgeklärt werden?

Sonstiges

Informationen zu Ihren Zähnen und ihrer Mundgesundheit:

Haben Sie gelegentlich oder häufig Zahnfleischbluten? ja nein

Mundgeruch? ja nein

Wurden in den letzten 2 Jahren Röntgenaufnahmen der Zähne angefertigt? ja nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Sind einzelne Zähne besonders temperaturempfindlich? ja nein

Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung (PZR) machen lassen? ja nein

Wollen Sie Ihre Zähne professionell reinigen lassen? ja nein

Hatten Sie schon einmal eine Parodontosebehandlung? ja nein Wenn ja, wann

Haben Sie Zahnersatz? (z.B. festsitzende Kronen, herausnehmbare Prothesen) ja nein

Wenn ja, wie lange

Haben oder hatten Sie Schmerzen beim Mundöffnen, Gähnen oder Kauen? ja nein

Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein Haben Sie oft Stress? ja nein

Haben Sie gelegentlich oder oft Nackenverspannungen/Kopfschmerzen? ja nein

Ohrenschmerzen? ja nein Ohrensausen/Tinnitus? ja nein

Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wie viel?

Fragen zu bestehenden oder gehabten Erkrankungen

Sind Sie z. Zt. in ärztlicher Behandlung? ja nein

Name des Hausarztes

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche

Leiden oder litten Sie an:

Herzerkrankungen ja nein Kreislaufbeschwerden ja nein Diabetes ja nein

Schlaganfall ja nein Lebererkrankungen ja nein Nierenerkrankungen ja nein

Hepatitis ja nein HIV ja nein Tuberkulose ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein Asthma ja nein Rheuma ja nein

Epilepsie ja nein Magenerkrankungen ja nein Darmerkrankungen ja nein

Migräne ja nein grüner Star ja nein

Sonstige Erkrankungen ja nein Wenn ja, welche

Blutungsneigungen oder Blutgerinnungsstörungen ja nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher ja nein

Allergien ja nein Wenn ja, welche

Haben Sie einen Allergiepass ja nein

Treten oder traten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? ja nein

Wenn ja, welche

Haben Sie hohen Blutdruck? ja nein

Haben Sie niedrigen Blutdruck? ja nein

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Dürfen wir Sie im Rahmen unseres Recallprogrammes telefonisch oder schriftlich kontaktieren, um Terminerinnerungen durchzuführen? ja nein