

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Wir freuen uns, Sie heute in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Bevor Sie uns Ihre zahnmedizinischen Wünsche mitteilen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig, um Sie bestmöglichst behandeln zu können. Natürlich unterliegen sämtliche Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Fragen können Sie sich gerne jederzeit an uns wenden. Vielen herzlichen Dank für Ihr Verständnis!

PATIENT/IN

Name

Vorname

Geb.

Straße, Nr.

Plz, Stadt

Telefon (Privat)

Telefon (Arbeit)

Mobiltelefon

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

VERSICHERTE/R

Name

Vorname

Geb.

Straße, Nr.

Plz, Stadt

VERSICHERUNG

Gesetzliche Krankenvers.

Private Krankenvers.

Beihilfe

Zusatzversicherung

Nur Basistarif

Welche?

ANGABEN ZUM ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND

	ja	nein		ja	nein
Herz / Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz			Magen-Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV pos. / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiefergelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kaumuskelbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen / Pressen der Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

BITTE WENDEN!

	ja	nein	
Arzneimittelüberempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Welche?</u>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Welche?</u>
			ja nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS) ein?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<i>Medikamente:</i>			
<i>Was wir sonst noch wissen sollten:</i>			

SPEZIELLE FRAGESTELLUNGEN

Was ist der Anlass Ihres Besuches?

<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Allg. zahnmed. Kontrolluntersuchung
<input type="checkbox"/> Defekter Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten
<input type="checkbox"/> Beratung erwünscht	<input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz erforderlich
<input type="checkbox"/> <i>Anderes:</i>	<input type="checkbox"/> Ästhetische Verbesserung erwünscht

Haben Sie einen Hausarzt?

Name:

Ort:

Wie oder durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung Internet *Anderes:*

Hinweis: Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden nur in unserer praxis-internen Datenverarbeitung gespeichert und an Außenstehende nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben.
 Ich bin darüber informiert, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern nicht innerhalb von 10 Tagen ein Zahnbehandlungsschein oder eine Krankenversicherungskarte (KVK) einer gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt.
 Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Besuchen Sie uns auch auf unserer Internetseite www.dr-wicklein.de

Wir bedanken uns für die Beantwortung unserer Fragen!

<i>Datum</i>	<i>Unterschrift</i>
--------------	---------------------