



DR. MED. DENT.
WICKLEIN

Praxis für Zahnheilkunde

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, Sie heute in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.
Damit wir Sie optimal behandeln können, ist es wichtig, dass wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand erhalten. Natürlich unterliegen sämtliche Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen herzlichen Dank für Ihr Verständnis!
Wir bedanken uns für Ihre Zeit. Ihr Dr. Tobias Wicklein

Patient / in

Name: _____ Vorname: _____ geb: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Versicherung

gesetzliche Versicherung Zusatzversicherung, welche: _____

private Versicherung, welche: _____ Beihilfe nur Basistarif

Hausarzt/andere Ärzte, bei denen Sie in ständiger Behandlung sind: _____

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

Empfehlung Google Jameda Facebook anderes: _____

Terminbestätigung: Wir möchten Ihnen eine Terminbestätigung ca. 24 Std. vor Ihrem nächsten Termin als SMS (Mobiltelefon) bzw. Sprachnachricht (Festnetznummer) schicken.

Ja, an diese Telefonnummer: _____ Nein, bitte per E-Mail schicken

Erinnerung: Regelmäßige Untersuchungen helfen Ihnen, ernste Erkrankungen vorzubeugen.

Wir empfehlen Ihnen daher, an unserem Erinnerungsprogramm an Ihren nächsten Kontrolltermin bzw. Zahnreinigung teilzunehmen. Wie sollen wir Sie erinnern?

per SMS/Sprachnachricht per E-Mail per Telefonanruf per Postkarte

Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand

	Ja	Nein		Ja	Nein
1. Herz-, Kreislauf-/ Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Leberleiden (Gelbsucht, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Endokarditisprophylaxe / Herzpass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Herzschrittmacher / Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Aids oder HIV positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gerinnungshemmende Medikamente (z. B. Eliquis, Marcumar, ASS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Schwangerschaft weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bluterkrankungen / Blutungsneigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Kopfschmerzen oder Verspannungen im Gesichts-/ Nackenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kiefergelenkbeschwerden oder Knirschen/Pressen der Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Gibt es zahnmedizinische Aspekte, über die Sie gern aufgeklärt/ beraten werden möchten?:		
9. Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. Regelmäßig Medikamenteneinnahme Wann ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12. Medikamente gegen Knochenstoff- wechselstörungen, wie z.B. Osteoporose (z.B. Bisphosphonate) oder haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Was wir sonst noch wissen sollten:		
13. Rauchen Sie regelmäßig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14. Überempfindlichkeit auf Substanzen / Arzneien/ Allergien? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			23. Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			24. Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Ästhetische Verbesserung erwünscht |
| <input type="checkbox"/> Anderes: _____ | |

Hinweis: 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 auf unserer Internetseite www.dr-wicklein.de. Bleiben Sie mit uns in Kontakt und erfahren Sie Wissenswertes rund um Ihre Zahngesundheit sowie aktuelle Neuigkeiten über unsere facebook-Seite.

Wir bedanken uns für die Beantwortung unserer Fragen!
Ihr Zahnarzt für die ganze Familie. Dr. Tobias Wicklein

Erlangen, den

Unterschrift des Versicherten / gesetzl. Vertreters