

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Zahnärztin Cornelia Reiniger-Pallotta

Patient

Herr/Frau/Kind



Name

Vorname

geb.

Versicherter

Name

Vorname

geb.

Anschrift

Straße

Nr.

Tel. privat

Postleitzahl

Ort

Email Adresse

Beruf/Arbeitgeber

Tel. geschäftlich

Krankenkasse oder Versicherung

Zusatzversicherung

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Für Kassenpatienten

Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, daß Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Bitte wenden →

Aufnahmebogen



Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Ja Nein

Allergien

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____

Herzerkrankungen Ja Nein

Zu hoher Blutdruck Ja Nein

Zu niedriger Blutdruck Ja Nein

Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja Nein

Epileptiforme Anfälle Ja Nein

Blutungsneigung (Hämophilie) Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Hepatitis A/B Ja Nein

AIDS / HIV Ja Nein

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? _____

Weitere Angaben

Haben Sie Zahnarztangst? Ja Nein

Haben Sie Zahnfleischbluten? Ja Nein

Knacken Ihre Kiefergelenke? Ja Nein

Möchten Sie an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden? Ja Nein

Wenn ja, Unterschrift _____

Wenn ja, welche Form der Erinnerung bevorzugen Sie? Email SMS Telefon

Ich wünsche eine spezielle Beratung über Zahnreinigung/Bleaching Füllungsalternativen
 Kiefergelenksbehandlung Implantate
 Schönheit meines Lächelns



Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum: _____ Unterschrift: _____