



Zahnarztpraxis am Chiemsee

Dr. Veronika Schweier, ZA Torsten Naumann

angest. ZÄ: Franziska Schwab, Charlotte Naumann

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir bitten Sie, uns einige wichtige Informationen für Ihre Behandlung zu geben:

(Bitte deutlich schreiben)

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Mobil-Nummer: _____ Beruf: _____

Wie heißt Ihr Hausarzt? _____ in: _____

gesetzlich versichert:

Krankenkasse: _____

Bonusheft vorhanden:

privat versichert:

Krankenkasse: _____

privat versichert im Basistarif:

Zusatzversicherung vorhanden:

Bisheriger Zahnarzt? _____ in: _____

Bitte beachten Sie, dass unsere Praxis nicht an der Umsetzung der elektronischen Patientenakte teilnimmt.

Bitte informieren Sie uns nachfolgend über relevante Gesundheitsdaten:

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher, eine Herzklappe oder ein künstliches Gelenk (jünger als 6 Monate)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Pflegestufe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Betreuer/ Vormund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/> im _____ Monat	
Haben oder hatten Sie jemals Allergien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wenn ja, welche: _____	
Ist ein Allergiepass vorhanden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Krebserkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie sonstige Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(z.B. an Augen, Schilddrüse, Herz, Lunge, Leber, Knochen, Verdauungssystem, Diabetes oder andere Stoffwechselstörungen ...)

Wenn ja, welche?

Bitte Rückseite beachten!



	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
Sind Sie HIV positiv?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Osteoporose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Blutverdünner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn ja, welchen: ASS100 Marcumar Xarelto Lixiana Eliquis _____

Nehmen Sie sonstige Medikamente?

Wenn ja, welche Medikamente: _____

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung im Kopf-Hals-Bereich (Falls nicht bei uns gemacht)? _____

Bitte beantworten Sie auch folgende Fragen, damit wir möglichst gut auf Ihre Wünsche eingehen können:

	JA	NEIN
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legen Sie Wert auf eine örtliche Betäubung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interessieren Sie sich für individuelle Vorsorgemaßnahmen? (professionelle Zahnreinigung, Zahnputztraining etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welches Füllungsmaterial bevorzugen Sie?	<input type="radio"/> Schichtkunststoff (mit Zuzahlung, ca. 50-150€) <input type="radio"/> Zement (Kassenversorgung)	

Bitte beachten Sie, dass für versäumte Termine ein Ausfallhonorar von 25,- Euro je reservierter 30 Minuten Behandlungszeit berechnet wird. Wir bestätigen Ihnen die vereinbarten Termine gerne per Email und erinnern Sie auch einen Tag vor dem vereinbarten Termin nochmals. Bitte geben Sie uns hierzu Ihre **E-Mail Adresse** an:

Ich wünsche eine Erinnerung an die Vorsorgeuntersuchung per E-Mail:

halbjährlich jährlich Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

Datum: _____ Unterschrift Patient : _____
 (Erziehungsberechtigter / Betreuer)