



Zahnarztpraxis Osterwaldstraße
Hr. Betzl
Fr. Dr. Pöschl

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Um einen komplikationslosen Behandlungsablauf, eine vorschriftsmäßige Verwaltung Ihrer Unterlagen und eine optimale Organisation zu gewähren, benötigen wir einige Informationen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz. Falls Sie sich über eine Antwort noch nicht im Klaren sind, klären wir das gerne in einem persönlichen Gespräch. Bitte sprechen Sie uns an!

Patient: _____

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Geburtsort
(lt Röntgenverordnung)

Telefon (privat)

e-mail

Mobiltelefon

Mitversichert bei:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Falls Sie mit versichert sind: **Hat der Hauptversicherte die gleiche Adresse?** ja O

Falls nein:

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Beruf: _____

Ihr Arbeitgeber: _____

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon (geschäftlich)

Telefax (geschäftlich)

Für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse:

Name Ihrer Krankenkasse: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung ? ja nein
Sind Sie *freiwillig* versichert ? ja nein

Für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung:

Name Ihrer Krankenversicherung: _____

Sind Sie **beihilfeberechtigt**? (wichtig für Ihre Erstattungsansprüche) ja nein
Haben Sie **Spezialtarife** oder Zusatzabkommen ? ja nein
(Falls ja, sprechen Sie uns bitte persönlich bezüglich der Modalitäten an.)

Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ? ja nein

Wenn ja, weshalb ? _____

Ihr Hausarzt (Name, Tel.): _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja nein
Wenn ja, welche _____

Spezielle Medikamente ja nein
Antidepressiva (wichtig für chirurg. Eingriffe!) _____
Gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, Aspirin) _____
Schmerzmittel _____
Bisphosphonate im Rahmen einer Osteoporosetherapie im letzten Jahr _____
Andere _____

Haben Sie die Betäubung beim Zahnarzt bisher immer gut vertragen ? ja nein
oder benötigen sie eine Betäubung ohne gefäßverengende Stoffe
wie z.B. Adrenalin? ja nein

Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente?
(z.B. Penicillin, Jod, Aspirin,...) ja nein

Leiden Sie unter einer Allergie ? ja nein
Welche? _____

Haben Sie Asthma? ja nein

Leiden Sie an einer Herz- Kreislaufkrankung ? ja nein
Wenn ja, genaue Angaben bitte _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher ? ja nein

Haben oder hatten Sie erhöhte Blutungsneigung bei Operationen ? ja nein

Leiden Sie unter Endokarditis ? ja nein

Leiden Sie unter einem Glaukom (grüner Star) ? ja nein

Leiden Sie an einer Stoffwechselerkrankung ?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Diabetes	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Magen-Darmerkrankung	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Rheuma	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
MS	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Hepatitis C (Gelbsucht)	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
HIV	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
TBC	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>

Wurden in den letzten sechs Monaten Röntgenbilder der Zähne angefertigt?
ja nein

Besteht eine Schwangerschaft ? ja nein
Voraussichtlicher Entbindungstermin: _____

Grund Ihres heutigen Zahnarztbesuches bei uns ?

Haben Sie spezielle Wünsche an uns ?

Prophylaxe
Zahnsanierung
Schientherapie/Funktionsanalyse
Implantate
Ästhetik
Halitose etc.
Angsttherapie

Durch wen wurden Sie auf uns aufmerksam ?

Hier noch einige wichtige Informationen für Sie:

- Nach einer Anästhesie kann die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr eingeschränkt sein.
- Zur Entlastung der Verwaltung werden unsere Liquidationen von einer externen Verrechnungsstelle erstellt (ABZ / ZR München). Mit der Weitergabe der dafür erforderlichen Daten bin ich einverstanden.
- Um meine Zähne langfristig gesund zu halten, möchte ich regelmäßig an die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen und Mundhygienetermine / Recalls erinnert werden.
- Für fest reservierte Termine, die ohne Absage nicht eingehalten werden, behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr von 75 Euro je angefangene halbe Stunde zu berechnen.
- Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes gebe ich unverzüglich an Sie weiter.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben, sowie die Kenntnisnahme und/oder Bereitschaft zu den angebotenen Maßnahmen.

München, den

Unterschrift