

Ihre Zahnarztpraxis für:

Endodontologie
Parodontologie
Restaurative Zahnheilkunde

Dr. Michael Wohlfahrt

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir freuen uns sehr Sie heute bei uns begrüßen zu dürfen! Um die Behandlung optimal auf Sie und Ihre Wünsche abstimmen zu können, bitten wir um folgende Angaben (bitte ausfüllen oder zutreffendes ankreuzen):

Name Vorname
Str./Nr. PLZ/Ort
Telefon Beruf
Handy Arbeitgeber
Geburtsdatum
Krankenversichert gesetzlich privat Beihilfe Zusatzversicherung Bonusheft

Erziehungsberechtigter so wie Anschrift falls abweichend

Name Vorname
Str./Nr. PLZ/Ort
Telefon Geburtsdatum

Für privatversicherte Patienten im Standard – (GOZ§5a) oder Basistarif bzw. privat erbrachte Leistungen: Unsere privat erbrachten Leistungen berechnen wir rein nach unserem Aufwand, **d.h. In der Regel zwischen dem 1,8fachen bis 3,5fachen Gebührenfaktor der GOZ.** Eventuell vorliegende Vereinbarungen, die Sie durch einen Tarif mit Ihrer Versicherung abgeschlossen haben (Standart-/Basistarif ect.), **können wir dabei leider nicht berücksichtigen.**

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?

Empfehlung Telefonbuch Gelbe Seiten Internet Sonstiges
Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis besuchen?

Warum suchen Sie unsere Praxis auf?

Vorsorgeuntersuchung Professionelle Zahnreinigung Schmerzen
ZF-Bluten/ZF-Rückgang Zahnlockerung Zähneknirschen
Zahnersatzbehandlung Probleme m. Zahnersatz unschöne Zähne
Kiefergelenkbeschwerden Andere

Worüber dürfen wir Sie beraten?

Zahnfleischbehandlung Professionelle Zahnreinigung Zahnaufhellung
Kunststofffüllung(en) Inlay(s)/Veneer(s) Krone(n)/Brücke(n)
Implantat(e) herausnehmbarer Zahnersatz

Meine Behandlungswünsche

- Ich möchte nur das Beste für mich und meine Zähne und möchte über die beste Behandlung informiert werden.
- Ich möchte nur mit Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nur die Kassenleistung

Zahn-Mund-Situation

Tragen Sie Zahnersatz
Wenn ja, seit wann? Jahren
Sind Sie in den letzten 2 Jahren
zahnärztlich geröntgt worden?
Wann? im Jahr
Bei Zahnarzt
In:
Wurde bei Ihnen eine Parodontitis-/Parodontose-/Zahnfleischbehandlung durchgeführt?

Allergien (zutreffendes bitte ankreuzen)

Haben Sie Allergien auf
- Penicillin
- Andere Antibiotika/Welche?
- Lokalanästhetika/Welche?
- Schmerzmittel/Welche?
- Nelkenöl
- Nickel
..... im Jahr

Für Patientinnen:

Zu Ihrem und zum Schutz des ungeborenen Kindes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn eine Schwangerschaft eintritt!!!

Schwangerschaft Monat Ungewiss

>>>> Bitte wenden Sie das Formular und vervollständigen Sie Ihre Angaben auf der Rückseite >>>>

Allgemeine Situationen (zutreffendes bitte ankreuzen)

Herzerkrankung	<input type="radio"/>	Welche?
Blutdruckleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> zu hoch <input type="radio"/> zu niedrig
Herzklappenerkrankung	<input type="radio"/>	
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	
Langes Nachbluten n. Verletzungen	<input type="radio"/>	
Schilddrüsenfunktionsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Überfunktion <input type="radio"/> Unterfunktion
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Hep. A <input type="radio"/> Hep. B <input type="radio"/> Hep. C
HIV / AIDS	<input type="radio"/>	
TBC	<input type="radio"/>	
Diabetes (Zucker)	<input type="radio"/>	
Osteoporose	<input type="radio"/>	
Asthma	<input type="radio"/>	
Epilepsie	<input type="radio"/>	
Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/>	
Rauchen Sie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> < 10/Tag <input type="radio"/> > 10/Tag
Drogenkonsum	<input type="radio"/>	
Alkoholkonsum	<input type="radio"/>	
Psychische Erkrankung/Depression	<input type="radio"/>	
Schlaganfall	<input type="radio"/>	
Andere	<input type="radio"/>	Welche?
Nehmen Sie Medikamente ein	<input type="radio"/>	
Wenn ja welche?	

Hausarzt:

Ferner möchten wir Sie darauf hinweisen, dass aus organisatorischen Gründen es bei unserer Praxis um eine **reine Bestellpraxis** handelt. Nur so können wir gewährleisten, dass Ihnen unsere volle Aufmerksamkeit zu teil wird und längere Wartezeiten vermieden werden. Bitte haben Sie daher dafür Verständnis, dass Termine, die nicht binnen 24 Std. vorher abgesagt werden, nach §615 Satz BGB §287 ZPO in Rechnung gestellt werden können.

Alle Ihre Angaben werden von uns vertraulich behandelt (Schweigepflicht) und elektronisch abgespeichert. Dies unterliegt den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Bitte versichern Sie mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit Ihrer gemachten Angaben. Vielen Dank!

.....
Ort, Datum Unterschrift d. Patienten (bzw. Erziehungsberechtigten)

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen werden und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung!

Dr. Michael Wohlfahrt und Team