



Herzlich Willkommen!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. So können wir möglichen Komplikationen vorbeugen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Patienten: Geburtsdatum:

Anschrift:

Beruf: Arbeitgeber/Arbeitsort:

Telefon privat: Arbeit: Handy:

E-Mail:

Name der Versicherung oder Krankenkasse:

Bei Familienversicherten: Name des Mitglieds mit Geburtsdatum:

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung? (nur für gesetzlich Versicherte)..... Nein - Ja

Hausarzt:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Endokarditis..... Nein - Ja Zu tiefer Blutdruck Nein - Ja

Herzklappenfehler/ künstliche Herzklappe Nein - Ja Zu hoher Blutdruck Nein - Ja

Herzinfarkt/ Angina pectoris Nein - Ja Herzoperation Nein - Ja

Herzschrittmacher Nein - Ja Blutungsneigung/Gerinnungsstörung Nein - Ja

Haben Sie einen Pflegegrad? Nein - Ja

Infektionskrankheiten

HIV/Aids Nein - Ja Tuberkulose Nein - Ja

Hepatitis Typ Nein - Ja Creutzfeld-Jakob-Krankheit..... Nein - Ja

Sonstige ansteckende Krankheiten..... Nein - Ja → welche:.....

Zuckerkrankheit (Diabetes)..... Nein - Ja wenn vorhanden Hb1c- Wert

Asthma/ Lungenerkrankungen..... Nein - Ja

Schilddrüsenerkrankung Nein - Ja Erkrankungen an der Leber..... Nein - Ja

Krampfanfällen/ Epilepsie..... Nein - Ja Osteoporose..... Nein - Ja

Ohnmachtsanfälle..... Nein - Ja Grüner Star (erhöhter Augeninnendruck) Nein - Ja

Psychosomatische Erkrankung..... Nein - Ja Tumorerkrankung..... Nein - Ja

Nierenerkrankung..... Nein - Ja Drogenabhängigkeit/Alkoholismus..... Nein - Ja

Rauchen Sie? Nein - Ja wie viel pro Tag ?.....

Allergien (bitte Allergiepass vorlegen) Nein - Ja → welche:

.....

Haben Sie sonstige Erkrankungen..... Nein - Ja → welche:

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Nein - Ja → welche:

Wurden oder werden Sie mit Biphosphonaten (Alendronsäure) behandelt?..... Nein - Ja

Stehen Sie in einer Strahlen- oder Chemotherapie bei einer Krebsbehandlung? Nein - Ja

Grund der Konsultation (Kontrolle, Schmerzen...)?

Haben Sie Angst vor der Behandlung? Nein - Ja

Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen/ Gesichtsschmerzen? Nein - Ja

Haben Sie Schmerzen oder Probleme am Kiefergelenk? Nein - Ja

Haben Sie Zahnfleischbluten? Nein - Ja

Einige unserer Behandlungsstühle sind für max. 130kg zugelassen. Wiegen Sie mehr als 130kg? Nein - Ja

Von wem wurde Ihnen die Zahnarztpraxis Dr. Bamberger empfohlen?

Nur für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Nein - Ja → in der SSW

Stillen Sie? Nein - Ja

Datum

Unterschrift

Die Informationen zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass Ihre Behandlungsdaten und -befunde, Gewebeproben, diagnostische Bilder und Arztberichte an konsiliarisch tätige oder weiterbehandelnde Labore, Ärzte und Physiotherapeuten weitergegeben werden dürfen.

Sie verpflichten sich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Wir arbeiten nach einem Bestellsystem und reservieren für Sie persönlich die notwendige Behandlungszeit. Dadurch entstehen für Sie in der Regel geringere Wartezeiten. Können Sie vereinbarte Behandlungstermine nicht einhalten, bitten wir Sie diese mind. 24 Stunden vorher abzusagen. Wir weisen Sie daraufhin, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine nach §§ 615/ 280 BGB in Rechnung gestellt werden können.

Wir bitten Sie vom Fotografieren und Filmen in der Praxis Abstand zu nehmen.

Es gelten die aktuellen Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Zahnarztpraxis Dr. Silke Bamberger, die im dortigen Wartezimmer gut sichtbar aushängen.

Datum

Unterschrift