



Herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Jasmin Moneth, bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name, Vorname _____

Geb. am _____

Anschrift _____

Telefon _____ Mobil _____

Email _____

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Versicherter _____ Geb. am _____

Anschrift _____

Name der Krankenkasse _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? [ja] [nein]

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Basistarif [] Beihilfeberechtigt [] Ergänzungstarif []

Weitere Angaben

Beruf _____

Arbeitgeber/Telefonnr. _____

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden?

[ja] [nein]

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? [ja] [nein]

[] telefonisch [] per Email
[] jährlich [] halbjährlich

Ich erkläre hiermit, dass mich die Zahnarztpraxis Jasmin Moneth bzgl. des Terminrecalls kontaktieren darf.

Datum _____ Unterschrift _____

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Hausarzt _____

(Bitte kreuzen Sie zutreffendes an)

- | | | | |
|---|-----|--|-----|
| Herzerkrankungen | [] | Rheuma | [] |
| Herzschrittmacher/Künstliche Herzklappen | [] | Diabetes | [] |
| Hoher Blutdruck | [] | Schilddrüsenerkrankung | [] |
| Ohnmachtsneigung | [] | Lebererkrankung (Hepatitis) | [] |
| Marcumar/Gerinnungshemmer | [] | Magen- / Darmerkrankung | [] |
| Lungenerkrankung / Asthma | [] | Nierenerkrankung | [] |
| Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? | [] | Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen | [] |
| Wenn Ja, Welche? _____ | | Epilepsie | [] |
| Allergien | [] | Sind Sie Raucher? | [] |
| Wenn ja, welche? _____ | | Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____ | |
| Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? | | Für unsere weiblichen Patienten: | |
| _____ | | Sind Sie schwanger? | [] |
| _____ | | Wenn ja, in welchem Monat? _____ | |
| _____ | | Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kieferbereich geröntgt worden? | [] |
| Schnarchen Sie? | [] | | |
| Leiden Sie an Tagesmüdigkeit? | [] | | |
| Hat Ihr/e Partner/in schon einmal Atemaussetzer in Ihrem Schlaf beobachtet? | [] | | |

Sie sind uns wichtig!

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

- | | | | |
|--|-----|-------------------|-----|
| Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen | [] | Starker Würgereiz | [] |
| Starke Schmerzempfindlichkeit | [] | | |
- Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Haben Sie einen Beratungswunsch?

- | | | | |
|-----------------------------------|-----|--------------------------------|-----|
| Zahnersatz | [] | Amalgamsanierung | [] |
| Professionelle Zahnreinigung | [] | Ernährungsfragen | [] |
| Kiefergelenkerkrankungen | [] | Implantate/Implantatversorgung | [] |
| Zahnästhetik/Kosmetik/Ihr Lächeln | [] | Sonstiges | [] |
| Zahnfarbene Keramikfüllungen | [] | | |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Organisationshinweis

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung. Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Arbeitsablauf zu ermöglichen, reservieren wir Termine für Sie. Termine, die Sie nicht einhalten können, bitten wir spätestens 48 Stunden vorher abzusagen, da ansonsten die durch Ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Bitte beachten Sie auch die angelegten Patienteninformationen zum Datenschutz.

Datum _____ Unterschrift _____

Datum _____ Unterschrift _____

Datum _____ Unterschrift _____