



HANSE.DENTAL
ZAHNMEDIZIN LÜNEBURG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen! Wir freuen uns, dass Sie in unsere Praxis für moderne und ästhetische Zahnheilkunde gekommen sind. Sprechen Sie mit uns über Ihre individuellen Wünsche und Vorstellungen. Wir beraten Sie gerne über die Möglichkeiten und Alternativen!

Bevor wir uns in Ruhe darüber unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie den Bogen vollständig aus! Sie helfen uns dadurch, eine optimal abgestimmte und risikofreie Behandlungsgrundlage zu schaffen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Vorschriften der DSGVO!

PERSÖNLICHE ANGABEN:

Herr Frau Kind

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße: _____ Tel. Privat: _____ Geb. Ort: _____

PLZ: _____ Tel. Mobil: _____ Fax: _____

Ort: _____ Tel. Arbeit: _____ Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____ Krankenkasse:
 freiwillig versichert privatversichert zusatzversichert
 Beihilfe Standard-/Basistarif

Mitglied: selbst versichert versichert über _____ Adresse wie oben

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

SIE KOMMEN IN UNSERE PRAXIS:

zur Kontrolle zur Schmerzbehandlung wegen Zahnfleischbluten/Parodontitis

zur Beratung über _____

Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt? _____

Wie häufig gehen Sie üblicherweise zum Zahnarzt? _____

Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kopfbereich geröntgt? _____

Benötigen Sie einen Röntgenpass? ja nein

SIE HABEN INTERESSE AN:

Maßnahmen zur Zahnerhaltung? ja nein

Professioneller Zahnreinigung „Wellness für Mund und Zähne“? ja nein

Hochwertiger und langlebiger Zahnversorgung? ja nein

Einer Beratung über ästhetische und innovative Zahnversorgung? ja nein

Einer Beratung über Zahnimplantate? ja nein

Individueller Finanzierung? ja nein

GESUNDHEITLICHE ANGABEN:

ja nein Wenn ja, welche? vom Arzt zu ergänzen

Allergien (Allergiepass vorhanden?) _____

Anfallsleiden (Epilepsie,) _____

Bluterkrankungen _____

Herzkrankungen (Infarkt, Schrittmacher) _____

BITTE WENDEN!

GESUNDHEITSBOGEN

GESUNDHEITLICHE ANGABEN:	ja	nein	Wenn ja, welche?	vom Arzt zu ergänzen
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Kreislaufkrankungen (Blutdruck, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Lebererkrankungen (Hepatitis A/B, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Lungenerkrankungen (Asthma, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Nervenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Rheuma/Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Schilddrüsenerkrankungen (Über-/Unterfunktion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Weitere Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Frühere Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Neigen Sie zu Nachblutungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Leiden Sie an Kiefergelenkserkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Vertragen Sie Anästhetika (Betäubungsmittel)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, welche Woche?	_____
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, welche Menge/Tag?	_____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Konsumieren Sie regelmäßig Drogen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?	_____
Ihr behandelnder Arzt/Hausarzt	Name:		_____	
Tel: _____	Anschrift:		_____	

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN (optional):

- Überweisung/auf Empfehlung von: _____ Internet
 Presse/Anzeige Telefonbuch/Gelbe Seiten Informationsveranstaltung/Vortrag

- Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie, falls nötig, per SMS benachrichtigen? ja nein
 Wünschen Sie eine Benachrichtigung für anstehende Kontrolluntersuchungen oder Prophylaxe? ja nein
 Wie dürfen wir Sie benachrichtigen? Postkarte E-Mail Telefon SMS
 Sind Sie damit einverstanden, zweimal pro Jahr unsere Patientenzeitung per Post zu erhalten? ja nein

Wir bitten Sie um Verständnis dafür, dass wir Ihnen, bei einer Terminabsage weniger als 24 Stunden vor der geplanten Behandlung, das dafür vorgesehene Zahnarzthonorar privat in Rechnung stellen müssen. Bitte beachten Sie, dass nach Injektionen und örtlicher Betäubung die Fahrtüchtigkeit und Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt sein kann! Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihre Angaben und das Wissen um eine eingeschränkte Reaktionsfähigkeit nach örtlicher Betäubung.

Vielen Dank für Ihre freundliche Mithilfe! Bitte teilen Sie uns unbedingt mit, wenn sich Änderungen in Ihren Angaben ergeben. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner auf beiden Seiten gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten