



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 Zahnzusatzversicherung

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

Keine Veränderung zur letzten Abfrage _____

Allergien (Allergiepass vorhanden?) _____

Anfallsleiden (Epilepsie,) _____

Bluterkrankungen _____

Herzerkrankungen (Infarkt, Schrittmacher) _____

GESUNDHEITSBOGEN

GESUNDHEITLICHE ANGABEN:	ja	nein	Wenn ja, welche?	vom Arzt zu ergänzen
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Kreislauferkrankungen (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 Kiefergelenkerkrankungen?	<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?	_____
Leiden Sie an Schlafapnoe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Schnarchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
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 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 Zahnnarzthonorar 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



HANSE.DENTAL
ZAHNMEDIZIN LÜNEBURG

Dear Patient,

welcome! We are pleased that you have chosen our practice for modern and aesthetic dentistry. Talk to us about your individual wishes and expectations. We will be happy to advise you on the available options and alternatives! Before we discuss everything in detail, we need some personal information as well as details about your general health.

Please complete the form in full! This helps us create an optimally coordinated and risk-free basis for your treatment. All information is, of course, subject to medical confidentiality and the regulations of the GDPR.

PERSONAL INFORMATION:

Mr Mrs Child

Last name: _____ First name: _____ Date of birth: _____

Street: _____ Private phone: _____ Place of birth: _____

Postal code: _____ Mobile phone: _____ Fax: _____

City: _____ Work phone: _____ Email: _____

Occupation: _____ Employer: _____ Health insurance: _____

Voluntary statutory insurance Private insurance Supplementary dental insurance

Aid/Beihilfe Standard/Basic tariff

Member: Self-insured Insured via _____ Address same as above

Last name: _____ First name: _____ Date of birth: _____

Street: _____ Postal code: _____ City: _____

YOU ARE VISITING OUR PRACTICE:

For a check-up For pain treatment Due to gum bleeding/periodontitis

For consultation about _____

When was your last dental appointment? _____

How often do you usually visit the dentist? _____

When were you last X-rayed in the head/neck area? _____

Do you need an X-ray card? Yes No

YOU ARE INTERESTED IN:

Measures for tooth preservation? Yes No

Professional dental cleaning ("Wellness for mouth and teeth")? Yes No

High-quality and long-lasting dental restorations? Yes No

Consultation on aesthetic and innovative dental treatments? Yes No

Consultation on dental implants? Yes No

Individual financing options? Yes No

HEALTH INFORMATION:

Yes No If yes, which?

To be completed by doctor

No change since the last query _____

Allergies (allergy card available?) _____

Seizure disorders (epilepsy, ...) _____

Blood disorders _____

Heart diseases (heart attack, pacemaker) _____

MEDICAL HISTORY

HEALTH INFORMATION:	Yes	No	If yes, which?	To be completed by doctor
Infectious diseases (hepatitis, HIV, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Circulatory diseases (blood pressure, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Liver diseases (hepatitis A/B, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Lung diseases (asthma, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Gastrointestinal diseases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Neurological diseases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Kidney diseases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Rheumatism/osteoporosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Thyroid disorders (hyper-/hypothyroidism)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Tumor diseases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Other illnesses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Previous surgeries	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Do you tend to bleed excessively?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Do you take any medications?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Do you take bisphosphonates?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Do you suffer from temporomandibular joint disorders?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Do you tolerate anesthetics (local anesthesia)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Are you pregnant?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	If yes, which week?	_____
Do you smoke?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	If yes, how much per day?	_____
Do you drink alcohol regularly?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Do you use drugs regularly?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Are you currently under medical treatment?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	If yes, for what condition?	_____
Do you suffer from sleep apnea?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Do you snore?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Are you satisfied with the color of your teeth?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Are you satisfied with the alignment of your teeth?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Your treating doctor/general practitioner			Name: _____	
Phone: _____			Address: _____	

HOW DID YOU HEAR ABOUT US? (optional)

- Referral/recommendation from: _____ Internet
 Newspaper/advertisement Telephone book/Yellow Pages Information event/lecture

Are you willing to be notified by SMS if necessary? Yes No

Would you like reminders for upcoming check-ups or prophylaxis appointments? Yes No

How may we contact you? Postcard Email SMS

Are you willing to receive our patient magazine by mail twice a year? Yes No

Please understand that if you cancel an appointment less than 24 hours in advance, we must invoice you privately for the scheduled dental treatment fee. Please note that after injections and local anesthesia, driving ability and reaction time may be impaired! By signing below, you confirm that your information is correct and that you are aware of the possible reduction in reaction ability after local anesthesia.

Thank you very much for your kind cooperation! Please inform us immediately if any of your details change.
With my signature, I confirm the completeness and accuracy of the information provided on both sides.

Place, Date

Signature of patient or legal guardian