



ZAHNÄRZTLICHE
GEMEINSCHAFTSPRAXIS
Beate Probst & Dirk Rüdinger

Untere Bahnhofstraße 7
91186 Büchenbach
Tel 09171/ 98700
Fax 09171/ 98702
www.zahnaerzte-buechenbach.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns um Ihr zahnmedizinisches Anliegen kümmern, benötigen wir Ihre Personalien und zu Ihrer eigenen Sicherheit auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand (siehe Rückseite). Bitte teilen Sie uns mögliche Änderungen sofort mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Herr/Frau/Kind.....
Name Vorname geb. am:

Mitglied:.....
Name Vorname geb. am:

Anschrift:.....
Straße Tel. privat

.....
Ort Tel. geschäftlich

Beruf:.....**Arbeitgeber:**.....

Pflegestufe.....**Betreuer**(Name und Tel):.....

Versicherung:.....Mitglied/Familienangehöriger/Rentner.....

| | | | |
|-------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| privat: | <input type="radio"/> | beihilfeberechtigt: | <input type="radio"/> |
| gesetzlich: | <input type="radio"/> | freiwillig versichert: | <input type="radio"/> |
| | | Zusatzversicherung | <input type="radio"/> |

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von:.....

Hinweise zur Organisation unserer Bestellpraxis:

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Das erspart Ihnen lange Wartezeiten, denn Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich.
Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Std. zuvor abgesagt wurden, pro halbe Stunde 35 € privat nach §§ 615,293 BGB berechnen müssen.

Wünschen Sie in Zukunft eine Erinnerung an Ihre Vorsorgeuntersuchung? ja nein
Möchten Sie per Post erinnert werden? ja nein
Wenn Sie einer Erinnerung per Mail wünschen, tragen Sie einfach Ihre Email Adresse an

E-Mail@.....

Unsere Patienteninformation zum Schutz von personenbezogenen Daten nach der **EU-Datenschutz Grundverordnung (DSGVO)**, welche an der Rezeption und im Wartezimmer ausliegt, habe ich gelesen und bin mit den Bedingungen einverstanden. Für weitere Fragen steht Ihnen unser Praxispersonal gerne zur Verfügung.

Datum:..... Unterschrift:.....

bitte wenden

Angaben über Ihren Gesundheitszustand:

Hausarzt:..... Facharzt:..... Heilpraktiker:.....

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?.....

Letzte Röntgenaufnahme im Zahn-Mund-Kieferbereich.....

Falls eine Schwangerschaft besteht, in welchem Monat.....

Allergien: ja nein
Gegen welche Materialien, Medikamente oder Nahrung besteht eine Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass? ○ ○
Leiden Sie an Asthma? ○ ○

| | | | | | |
|--------------------------------------|-----------|-------------|-----------------------------|---|---|
| Herzkrankungen: | <i>ja</i> | <i>nein</i> | Kreislaufkrankungen: | | |
| Herzasthma, Angina pectoris | ○ | ○ | Zustand nach Herzinfarkt | ○ | ○ |
| Herzschrittmacher, Herzklappenersatz | ○ | ○ | Zu hoher Blutdruck | ○ | ○ |
| Herzpass? | ○ | ○ | Zu niedriger Blutdruck | ○ | ○ |
| Herzoperationen | ○ | ○ | Zustand nach Schlaganfall | ○ | ○ |

Sonstiges:

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?..... ○ ○

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel ?..... ○ ○

Leiden Sie an Ohnmachtsanfällen?..... ○ ○

Werden oder wurden Sie mit Bisphosphonaten behandelt? ○ ○

Haben Sie Gelenkprothesen (z.B. Hüftgelenk, Knie etc.)? ○ ○

| | | | | | |
|----------------------------------|---|---|------------------------------|---|---|
| Stoffwechselerkrankungen: | | | Bluterkrankungen: | | |
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | ○ | ○ | Blutarmut (Anämie) | ○ | ○ |
| Magen-Darm-Erkrankungen | ○ | ○ | Blutungsneigung (Hämophilie) | ○ | ○ |
| Schilddrüsenerkrankungen | ○ | ○ | Sonstiges:..... | | |
| Nierenerkrankungen | ○ | ○ | | | |
| Lebererkrankungen | ○ | ○ | Osteoporose | ○ | ○ |

| | | | | | |
|--|---|---|--------------------------------|---|---|
| Infektionskrankheiten: | | | Atemwegserkrankungen | | |
| Leberentzündung/ Gelbsucht (Hepatitis) | ○ | ○ | Grüner Star (hoher Augendruck) | ○ | ○ |
| Tuberkulose | ○ | ○ | Alkohol-/ Drogenabhängigkeit | ○ | ○ |
| Immunmangelsyndrom (AIDS) | ○ | ○ | | | |
| Rheuma | ○ | ○ | Tumorerkrankungen | ○ | ○ |

Angaben über Ihre speziellen Zahnprobleme:

- Zahnhalteapparat: Hatten Sie jemals eine Parodontosebehandlung? ○ ○
 Beobachten Sie Zahnfleischbluten? ○ ○
 Heiß-/ Kaltempfindlichkeiten ○ ○
- Kiefergelenk: Bemerken Sie Gelenkschmerzen? ○ ○
 Bemerken Sie starkes Kiefergelenkknacken? ○ ○
- Zahnreinigung: Welche Hilfsmittel verwenden Sie außer der Zahnbürste? ○ ○

Erklärung über den Behandlungsumfang:

Mir ist bekannt, dass ich als gesetzlich krankenversicherter Patient nur Anspruch auf eine Behandlung habe, die die Kriterien „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ erfüllt.

- Ich möchte deshalb nur Behandlungen, die von der Krankenkasse bezahlt werden, und möchte auf keinen Fall Mehrkosten tragen. ○ ○
- Ich wünsche über weitere für mich in Frage kommende Behandlungsmethoden und die Kosten hierfür aufgeklärt zu werden. ○ ○

Bitte beachten Sie, dass nach längerer Behandlungszeit und Injektion zur Schmerzausschaltung Ihre Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt sein kann!

Datum:.....

Unterschrift:.....