



Herzlich Willkommen!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis für Zahnmedizin zu begrüßen.
Sprechen Sie mit uns über Ihre individuellen Wünsche und Vorstellungen. Wir beraten Sie gerne über Möglichkeiten und Alternativen!

Bevor wir uns in Ruhe unterhalten, benötigen wir Ihre Personalien und Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie diesen Bogen daher vollständig aus. Sie helfen uns dadurch, eine optimal abgestimmte und risikofreie Behandlungsgrundlage zu schaffen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§203 StGb). Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Persönliche Angaben

Herr Frau Kind

*freiwillige Angabe

.....
Name Vorname Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer PLZ, Ort E-Mail

.....
Telefon (privat): Mobil: Telefon Arbeit

.....
Beruf*: Arbeitgeber*

.....
Hausarzt Krankenkasse

Versicherter

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum,

.....
Adresse falls abweichend

Privat versichert Basistarif Standardtarif Beihilfeberechtigt
 gesetzlich versichert Pflichtversichert freiwillig versichert

Sie kommen zu uns in die Praxis

zur Untersuchung zur Schmerzbehandlung zur Schmerzbehandlung und Weiterbehandlung

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?*

auf Empfehlung von.....
 Familie Internet Außenwerbung Sonstige.....

Haben Sie Interesse an

Ja Nein

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Maßnahmen zur Zahnerhaltung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| professionelle Zahnreinigung „Wellness für Mund und Zähne“? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hochwertigem und langlebigem Zahnersatz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| einer Beratung über Zahnimplantate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wann war ihr letzter Zahnarztbesuch?.....

Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kopfbereich geröntgt?.....

Wie häufig gehen Sie üblicherweise zum Zahnarzt?.....

Gesundheitliche Angaben

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | Ja | Nein | wenn ja, welche? |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Augeninnendruck (Glaukom) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Kreislaufkrankung (Blutdruck) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Erkrankungen innerer Organe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Knochenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> HIV-Infektion <input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob/Varianten <input type="checkbox"/> Krankenhauskeim/
MRSA |
| weitere Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Nehmen Sie | | | |
| Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| für den Knochenstoffwechsel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| die das Immunsystem beeinflussen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| blutverdünnende Mittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Neigen Sie zu Nachblutungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Besteht eine Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Rauchen Sie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wieviel am Tag |

Unser Service für Sie

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie in unser Vorsorge-System aufzunehmen.
Haben Sie daran Interesse? Ja Nein Email

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner auf beiden Seiten gemachten Angaben. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, der Praxis umgehend mitzuteilen.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Std. vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Fahrtüchtigkeit durch das Lokalanästhetikum beeinträchtigt werden kann!

Vielen Dank für Ihre freundliche Mithilfe!

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

**Ihre Praxis für Zahnmedizin Dr. Ofner-Martin, Salinenstraße 8, 76689 Karlsdorf-Neuthard,
Telefon 07251-348555, praxis@dr-ofner-martin.de**