

Patient: Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb.datum \_\_\_\_\_

versichert über: Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb.datum \_\_\_\_\_

Anschrift: Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie versichert?  gesetzlich  freiwillig  Zusatzvers.  privat  Beihilfe  Basistarif

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Einige allgemeinmedizinische Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb erbitten wir einige Angaben, zu Ihrer eigenen Sicherheit und die der anderen Patienten. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Kreuzen Sie bitte zutreffendes an	ja	nein	Bemerkung / Medikamente
Allergie			
Asthma / Atemwegserkrankungen			
Augeninnendruck			
Herz			
Herzschrittmacher			
Blutdruck			
Ohnmachtsneigung			
Blutgerinnung / Blutgerinnungsstörung			
Diabetes / Blutzucker			
HIV Infektion / AIDS			
Leber / Hepatitis (Gelbsucht)			
Nieren			
Osteoporose			
Rheuma			
Multiple Sklerose			
Parkinson			
Stoffwechsel			
Schilddrüse			
Tumor / Krebs			
Medikamentenunverträglichkeiten / Antibiotika / Schmerzmittel etc.			
frühere Komplikationen mit zahnärztlichen Medikamenten / Materialien			
Komplikationen bei früheren lokalen Anästhesien / Vollnarkosen ( ITN )			
Down-Syndrom			
Spastiken			
Epilepsie			

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?     nein     ja    ..... Monat

Komplikationen:     nein     ja    Welche? .....

Behandelnder Frauenarzt: .....

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung/Hausarzt?     nein     ja

Name des Arztes .....

Anschrift des Arztes .....

### Nun noch einige Worte zu unserer Organisation

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestell-System geführt. Wir bitten Sie einen kurzfristigen Behandlungswunsch auf unsere Warteliste für freiwerdende Termine vermerken zu lassen und in einem unvorhergesehenen Notfall vorher anzurufen. Wir werden dann unser mögliches tun, Ihnen zügig Sprechzeit zu reservieren. Sollten Sie Ihren Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie um rechtzeitige Benachrichtigung (mindestens 24 Stunden vorher), damit wir diese reservierte Zeit noch anderweitig weitergeben können.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben:

Sankt Augustin, .....

Datum

Unterschrift Patient

### Vorsorge/Erinnerung (Recall)

Nach der aktiven Behandlungsphase bieten wir unseren Patienten einen kostenlosen Service zur Vorsorge (Recall) an, denn Langzeitstudien haben gezeigt, dass die Sicherung des Behandlungsergebnisses durch eine professionelle Betreuung nach Abschluss der Behandlung deutlich verbessert wird. Angepasst an Ihre individuelle Behandlungssituation kann der Abstand zwischen den Recall-Terminen zwei bis sechs Monate betragen.

Ein dauerhafter Behandlungserfolg hängt von Ihrer aktiven häuslichen Mitarbeit und der regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung ab. Wir erinnern Sie daher im Rahmen unseres „Recall-Service“ an Untersuchungen und/oder Behandlungen, damit Sie regelmäßig einen Termin in unserer Praxis vereinbaren.

### Einverständniserklärung

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich, telefonisch, per Fax oder E-Mail an einen Vorsorge-Termin zur Untersuchung und/oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Sankt Augustin, .....

Datum

Unterschrift Patient

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis *nicht* in Anspruch nehmen.