



ZAHNÄRZTE
Dr. MEHMKE
 UND KOLLEGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir noch einige Informationen über Sie und Ihre Gesundheit. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit. Unsere Mitarbeiterinnen sind Ihnen gern bei Fragen behilflich.

Name:		Geb.:	
Anschrift:			
Tel.privat:		Mobiltelefon:	
E-Mail:		Fax:	
Beruf:		Tel dienstl.:	
Arbeitgeber:			
Hausarzt / Name u. Anschrift:			
Krankenkasse (bitte ankreuzen)		privatversichert <input type="checkbox"/>	pflichtversichert (GKV) <input type="checkbox"/>
		freiwillig versichert <input type="checkbox"/>	Beihilfe <input type="checkbox"/>
		zusatzversichert <input type="checkbox"/>	
Hauptversicherter (Name, Geb.-Dat., Anschrift):			

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Internet Zeitung Empfohlen durch:

Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:

	Ja	Nein
Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja: <input type="checkbox"/> festsitzend <input type="checkbox"/> Implantate <input type="checkbox"/> herausnehmbar		
Rauchen Sie? Täglich ca.....?		
Leiden Sie unter Allergien / Asthma?		
Hatten oder haben Sie ernsthafte Herz- oder Kreislaufbeschwerden? Wenn ja, welche?		
Innere Krankheiten: <input type="checkbox"/> Stoffwechselstörungen † <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen † <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Osteoporose		
Infektionskrankheiten: <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Sonstiges		
Sonstige Erkrankungen:		
Erhielten Sie ein Organtransplantat oder einen Herzschrittmacher?		
Erfolgte eine Chemo- oder Bestrahlungstherapie? Zeitraum.....		
Sind Sie schwanger? Wenn ja, welcher Monat		
Letzte Röntgenuntersuchung: Wann? Was wurde geröntgt?		
Benötigen Sie regelmäßig Medikamente? Auflistung der Medikamente		
.....		
.....		



Die moderne Zahnheilkunde und Implantologie bietet eine Vielzahl von Möglichkeiten, die wir unseren Patienten gern anbieten. Die nachfolgenden Antworten sind für unsere Zusammenarbeit wichtig, um gemeinsam den für Sie geeigneten Behandlungsweg zu planen.

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate zur zahnärztlichen Untersuchung oder Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bemerken Sie gelegentlich Zahnfleischbluten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, Möchten Sie Informationen über sanfte Parodontosebehandlungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wünschen Sie außerdem eine Aufklärung, in wie weit evtl. beschädigtes Zahnfleisch wieder regeneriert werden kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Mit Hilfe verschiedener Dental- Laser sind wir in der Lage, Behandlungen wesentlich schmerzärmer und minimalinvasiver zu gestalten. Wünschen Sie weitere Informationen zu diesem Thema? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Möchten Sie sich über Maßnahmen informieren, die Ihre Zähne wieder aufhellen und weiß erstrahlen lassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wollen Sie die Möglichkeit kennenlernen, wie Sie Ihre Zähne ein Leben lang erhalten können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Interessiert Sie fester Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) auf neuen Zahnwurzeln (Implantate)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Verändert sich die Stellung oder die Form Ihres Zahnfleisches? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Möchten Sie Informationen über schonende Kariesbehandlung und langlebige, ästhetische Versorgungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wir bieten in unserer Praxis einen Erinnerungsdienst für Ihren regelmäßigen Kontrollbesuch an. Dieser ist frei von Verpflichtungen und kostenfrei. Möchten Sie daran teilnehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anmerkungen:

Eine schmerzfreie Behandlung wird durch eine Betäubung (Anästhesie) möglich. Die Fahrtüchtigkeit ist dadurch stark beeinträchtigt. Sprechen Sie uns bitte auf unseren kostenfreien Taxiservice an!

Das Fotografieren Ihrer Behandlung dient der Dokumentation und ist uns gestattet.

Die Rechnungslegung bei privaten Versicherungsträgern, Beihilfen und Zusatzversicherungen erfolgt unabhängig individueller Policen und Erstattungsstellen nach GOZ.

Angaben zu Ihren persönlichen Daten, Auskünfte und Unterlagen zur Behandlung werden ausschließlich an Sie ausgehändigt.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben.

Wir bemühen uns, Ihren Termin pünktlich zu realisieren. Jeder Termin wird in unserem Bestellsystem einzeln vergeben. Daher erlauben wir uns, von Ihnen nicht wahrgenommene Termine gemäß §615 BGB entsprechend unseres Stundensatzes in Rechnung zu stellen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis !

Ort / Datum:

.....
Unterschrift des Patienten