



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		
Haben Sie einen Pflegegrad oder beziehen Sie Eingliederungshilfe?		

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?

- Interessiert Sie fester Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) auf neuen Zahnwurzeln (Implantate)?

- Möchten Sie Informationen über schonende Kariesbehandlung und langlebige, ästhetische Versorgungen?

- Möchten Sie sich über Maßnahmen informieren, die Ihre Zähne wieder aufhellen und weiß erstrahlen lassen?

- Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnstellung?
Wünschen Sie eine Beratung zu den Möglichkeiten einer Zahnstellungskorrektur?

Dank unseres individuellen und bewährten Bestellsystems können wir die vereinbarten Termine ohne längere Wartezeiten realisieren. Dies ist jedoch nur mit Ihrer Kooperation bezüglich der Einhaltung, vorallem bei langen Behandlungsterminen, möglich. Daher erlauben wir uns, von Ihnen nicht wahrgenommenen Termine gemäß §615 BGB entsprechend unseres Stundensatzes in Rechnung zu stellen. Vielen Dank für Ihr Verständnis !

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.

Datenschutz gemäß BDSG und DSGVO:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass gemäß BDSG und DSGVO (Datenschutzbestimmung) alle von mir angegebenen Kontaktdaten durch die Praxis Dr. Mehmke & Kollegen/ MVZ, zur Kontaktaufnahme und Kommunikation auch über Dritte genutzt werden dürfen.

Außerdem erteile ich mein Einverständnis, die Praxis Dr. Mehmke & Kollegen/ MVZ, benötigte Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt oder einem anderen Leistungsträger vorliegen. Diese Informationen dürfen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwendet werden. Davon ausgeschlossen ist die Weitergabe von Dritten angeforderten persönlichen Daten jeder Art ohne meine ausdrückliche Einwilligung!

Ort / Datum:

.....
Unterschrift des Patienten