

Zahnheilkunde Ines Schoofs

Patient

Name _____ Vorname _____ Geb.- Datum _____
Straße _____ Ort _____ Telefon _____
Mobil _____
Arbeitgeber _____ dienst. Tel. _____
E-Mail Adresse _____

Versicherter

Name _____ Vorname _____ Geb.- Datum _____
Straße _____ Ort _____ Telefon _____
Mobil _____

Krankenkasse

gesetzlich freiwillig privat beihilfeberechtigt zusatzversichert

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Sie ggf. an Ihre Termine erinnern werden. Wir bitten um Ihr Verständnis

Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- Asthma ja nein
- TBC ja nein
- Zuckererkrankung ja nein
- Lebererkrankung ja nein
- Rheuma ja nein
- Hepatitis A B C (Gelbsucht) ja nein
- Bluterkrankung ja nein
- Anfallsleiden ja nein
- Blutgerinnungsstörung ja nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein
- HIV-Infektion ja nein
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit ja nein
- Allergische Reaktionen ja nein

wenn ja welche ? _____

- Herzinfarkt ja nein
- Schlaganfall ja nein
- Lähmungen ja nein
- nehmen Sie Blutverdünner ja nein

Blutdruck hoch normal niedrig

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ja nein
wenn ja welche

Rauchen Sie ? ja nein wenn ja wieviele? _____

Besteht eine Schwangerschaft ? ja nein

Waren Sie während der letzten 6 Monate in Asien? ja nein
Arbeiten Sie in der Landwirtschaft? ja nein

Der Grund Ihres Besuches ist: Schmerzen Beratung und Therapieplanung Kontrolle

- Haben Sie Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung ? ja nein
- Wünschen Sie eine Benachrichtigung zur jährlichen Kontrolluntersuchung ? ja nein
- Möchten Sie über moderne und schonende Behandlungsmethoden informiert werden? ja nein
- Haben Sie Interesse an einem *Prophylaxeprogramm*, das Sie vor Karies und Zahnfleischerkrankungen schützt? ja nein
- Interessieren Sie sich für kosmetische Maßnahmen, die die Ästhetik Ihrer Zähne hervorheben? ja nein
- Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung der Zähne? Ungefähr vor _____

- Leiden Sie an Kopfschmerzen ? ja nein
- Leiden Sie an Zahnfleischbluten ? ja nein
- Haben Sie Kiefergelenkschmerzen ? ja nein
- Leiden Sie häufig an Herpes oder Aphten? ja nein
- Schnarchen Sie? ja nein

Was machen Sie beruflich? _____

Wie/ Durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Wann waren Sie das letzte mal beim Zahnarzt? _____

Name der Praxis? _____

Name und Telefon des Hausarztes _____

Bitte beachten Sie: Die örtliche Betäubung hat zur Folge, dass die Fahrtüchtigkeit für 4 Stunden verloren geht und für 24 Stunden eingeschränkt ist. Bitte Berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen .

Hinweis zur Organisation:

Unsere Praxis ist nach dem Bestellsystem organisiert. Dadurch ersparen Sie sich lange Wartezeiten. Sollten Sie einmal verhindert sein, bitten wir darum mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten, sondern begründet zugleich beiderseitig vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung gemäß §615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei den, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden.

Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben.

Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

**Vielen Dank
Ines Schoofs**