



Ihre Zahnärzte
in **Aulendorf**

Gemeinschaftspraxis

Dr. K. Sterk
K. Rübsam
Dr. Dr. J. Sterk
Dr. H. Edel

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesund-

heitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. **Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

Name (Patient)

Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Falls abweichend (z.B. bei Kindern): Name und Anschrift des Rechnungsempfängers

Krankenkasse

gesetzliche Versicherung

private Versicherung

private Versicherung (Basistrarif)

Straße // Hausnummer

PLZ // Wohnort

Telefon (privat)

Telefon (geschäftlich)

Handy

Email-Adresse

Name und Anschrift des Hausarztes

Beruf

Arbeitgeber

Wir bieten Ihnen moderne und hochwertige Zahnheilkunde an. Sie werden über alle Maßnahmen und die damit verbundenen Kosten aufgeklärt. Gemeinsam wollen wir für Sie die richtige und wirtschaftlich vernünftigste Therapie finden. Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie Fragen zu Ihrer Behandlung haben.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine nur in dringenden Fällen, spätestens

jedoch 1 Arbeitstag vor der Behandlung abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkasse nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es zu Zeitverzögerungen kommen.

Bitte wenden »

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns // Wer hat Sie zu uns überwiesen?

Sind Sie derzeit in allgemeinärztlicher Behandlung?

Nein Wenn ja, weshalb?

Nehmen Sie Medikamente ein?

Nein Wenn ja, welche?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (z.B. Aspirin, ASS, Plavix, Iscover, Marcumar, Heparin, etc)?

Nein Wenn ja, welche?

Wurden Sie bei Osteoporose oder Krebserkrankung medikamentös behandelt (Bisphosphonate, z.B. Alendronsäure)?

Nein Ja: Medikament?

Haben Sie eine infektiöse Erkrankung (z.B. Hepatitis, HIV, TBC)?

Nein Wenn ja, welche?

Haben oder hatten Sie Allergien // Überempfindlichkeiten (z.B. gegen Penicillin)?

Nein Wenn ja, weshalb?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bluten Sie lange nach? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Nierenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie eine Herz- / Kreislaufkrankung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie einen hohen Blutdruck? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie künstliche Herzklappen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Diabetes // Zucker? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Traten nach Betäubungsspritzen Nebenwirkungen auf? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Nennen Sie uns bitte den Grund für Ihren Zahnarztbesuch

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Haben Sie Zahnschmerzen? | <input type="checkbox"/> Haben Sie lockere Zähne? |
| <input type="checkbox"/> Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen? | <input type="checkbox"/> Leiden Sie häufig unter Mundgeruch? |
| <input type="checkbox"/> Sind Sie mit dem Erscheinungsbild Ihrer Zähne unzufrieden? | <input type="checkbox"/> Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk oder in der Kaumuskulatur? |

Ort, Datum

Unterschrift

Wir danken für Ihr Vertrauen!