



Dr. Leimcke & Kollegen
Ihre Zahnarztpraxis

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, dass Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten. **Vielen Dank.**

1

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Nr.	PLZ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wohnort	<input type="text"/>	
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Telefon mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	Arbeitgeber	Haben Sie eine Zusatzversicherung?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="text"/>
Krankenkasse	Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Telefonbuch <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Empfehlung <input type="radio"/> Sonstiges	

2

Sind Sie ...
 selbst versichert

... oder mitversichert bei

Ehemann Vater
 Ehefrau Mutter

Name

Vorname

Geburtsdatum

3

Haben oder hatten Sie jemals ...

Hohen Blutdruck.....	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Zucker (Diabetes).....	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Fallsucht (Epilepsie).....	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Gelbsucht (Hepatitis).....	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Grünen Star.....	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Zahnfleischbluten.....	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Neigen Sie zu Blutungen?...	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Sind Sie HIV positiv?.....	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“?....	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an ...

Lunge.....	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Blut.....	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Leber.....	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Nieren.....	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Herz oder Kreislauf.....	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Schilddrüse.....	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Magen-Darm-Trakt.....	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Gelenken (Rheuma).....	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

Rauchen Sie?..... nein ja

Haben Sie einen Herzschrittmacher?..... nein ja

4

Wurden Sie schon einmal im Kopfbereich geröntgt? Z.B. an den Zähnen, den Nebenhöhlen, am Hals, der Nase oder an den Ohren. Wenn ja, wann? Bei welchem Arzt oder in welchem Krankenhaus?

nein ja

Sind Sie zur Zeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

nein ja

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wo?

nein ja

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb?

nein ja

Haben oder hatten Sie jemals Allergien? Wenn ja, welche?

nein ja

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?

nein ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

nein ja

5

Wünschen Sie über unser Mundgesundheits-Programm informiert zu werden? nein ja

Wünschen Sie von uns über neue und bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden? nein ja

Das Folgende gilt nur für Privatpatienten oder für Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung:
Die für Sie erbrachten Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei entscheidet der behandelnde Zahnarzt anhand des Umfangs und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem einfachen bis dreieinhalbfachen des Gebührensatzes abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der vorherigen schriftlichen Vereinbarung.

Datum Unterschrift