

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Lesen Sie dazu auch unsere Informationen zum Datenschutz auf unserer Homepage oder im Wartebereich unserer Praxis.

Ihr Dr. Ralf Voßler & Team

(Pat.-Nr. \_\_\_\_\_)

## Persönliche Patientendaten

Name, Vorname des Patienten/der Patientin \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat und/oder Arbeit \_\_\_\_\_ Telefon Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf, Arbeitgeber (freiwillige Angabe) \_\_\_\_\_

Krankenkasse, bei der Sie - Patient/Patientin - versichert sind \_\_\_\_\_  
Sind Sie als Privatpatient: beihilfeberechtigt   
zusatzversichert? ja  nein   
oder im Basistarif versichert?

Falls Patient (z.B. Kinder) und Mitglied der Versicherung nicht identisch sind, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße und Wohnort, falls abweichend von o.g. \_\_\_\_\_

Name Ihres Hausarztes \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?  
Persönliche Empfehlung:  Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Mundgesundheitsituation

	ja	nein
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? z.B. Blutungen beim Zähneputzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oder Zahnfleischrückgang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne UNzufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte weiter auf Seite 2

für unsere neuen Patienten

## Allgemeine Gesundheitssituation

Leiden Sie unter

	ja	nein		ja	nein
hohem Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	niedrigem Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rheumatischen Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie künstliche Gelenke?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Infektionskrankheiten wie: HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welcher Typ: _____		

Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welcher Typ: _____
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche: _____
Herzkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche: _____
Hatten Sie schon einen Schlaganfall?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, wann: _____

Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche: _____		
Handelt es sich dabei um ein:			Bisphosphonat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzmittel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	blutverdünnendes Medikament?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antidepressiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cortison?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie sonstige Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche: _____	
Hatten Sie frühere Operationen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche: _____	
Haben Sie zahnärztliche Betäubungen <b>gut</b> vertragen?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besitzen Sie ein aktuelles Bonusheft?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich möchte an meine Kontrolluntersuchung	halbjährlich	<input type="radio"/>	jährlich	<input type="radio"/>	erinnert werden.
Ich möchte an meinen Zahnreinigungstermin (PZR)	halbjährlich	<input type="radio"/>	jährlich	<input type="radio"/>	erinnert werden.
Bitte benachrichtigen Sie mich:	per E-Mail	<input type="radio"/>	oder per Telefon	<input type="radio"/>	
und zusätzlich kurz vor dem Termin ebenso	per E-Mail	<input type="radio"/>	oder per Telefon	<input type="radio"/>	

Bitte ankreuzen, wenn gewünscht!

Haben Sie ein besonderes Anliegen an uns?  
 \_\_\_\_\_

Wir bieten den Service einer Bestellpraxis. Das bedeutet für Sie, dass an Ihrem Termin die Zeit nur für Sie reserviert ist. Daher bitten wir Sie Ihre Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, anderen Patientinnen und Patienten Ihre vereinbarte Zeit anzubieten. Auf diese Weise kann eine längere Wartezeit bei uns vermieden werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der o.g. Gesundheitsangaben, die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen zu haben und erkläre mich mit der Verarbeitung meiner personengebundenen Daten im Sinne der Datenschutzerklärung für Patienten (s. Aushang) einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
 Praxisintern - zur Kenntnis genommen: \_\_\_\_\_e