

WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Für Ihre individuelle Behandlung benötigen wir einige Angaben von Ihnen, die wir nachfolgend erfragen. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und nach bestem Wissen. Alle Angaben auf diesem Befundbogen unterliegen ebenso wie alle Behandlungsangaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Jede Behandlung setzt einen hohen organisatorischen Aufwand voraus. Deshalb bitten wir Sie, unumgängliche Terminänderungen spätestens 24 Stunden vorher mit uns abzusprechen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

ANMELDUNG

Familienname: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____ geboren am: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Handy: _____ e-mail: _____

Beruf: _____

Beschäftigt bei: _____

Telefon/dienstlich: _____ e-mail: _____

Mitversichert bei: (Ehegatten oder Eltern)

Familienname: _____ Vorname: _____

Ihre Versicherung: _____

Gesetzlich pflichtversichert Zusatzversichert Privat versichert

Freiwillig gesetzlich versichert Beihilfeberechtigt

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung Internet zufällig

Telefonbuch gezielte Suche

Hinweise für unsere Patienten:

Wir bieten viele Leistungen an, die über die Krankenkassengrundsätze „ausreichend, wirtschaftlich, zweckmäßig“ hinausgehen. Leider werden viele dieser Leistungen von Krankenkassen und privaten Erstattungsstellen nicht oder nur teilweise übernommen.

Möchten Sie trotzdem über derartige Behandlungsmethoden informiert werden? ja nein

Bei der Erstellung unserer Privatrechnungen folgen wir den Abrechnungsempfehlungen der Bayerischen Landeszahnärztekammer. Wie wir aus Erfahrung wissen, haben manche Erstattungsstellen für Privatpatienten unterschiedliche Auffassungen über die korrekte Abrechnung einzelner Leistungen und verweigern die Erstattung. Bei größeren Problemen informieren Sie uns bitte. Wenn wir können, helfen wir Ihnen gerne bei der Durchsetzung Ihrer Ansprüche.

Wir behalten uns vor, nicht eingehaltene oder abgesagte Termine nach GOZ zu berechnen.

Bitte wenden!

münchener strasse 115 85051 ingolstadt
tel. (0841) 97 51 00 fax (0841) 97 51 01

ANAMNESE

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Besitzen Sie einen Allergiepass?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Allergische Reaktionen/Medikamentenüberempfindlichkeit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Atemwegserkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen		
Diabetes	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Rheuma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzerkrankung/Herzschwäche	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Herzschrittmacher	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten		
Gelbsucht (Hepatitis)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Immunmangel-Syndrom (AIDS)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Depression/Erkrankungen des Nervensystems	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen _____		
Sind bei Ihnen nach zahnärztlichen Lokalanästhesien (Spritzen) unerwünschte Nebenwirkungen aufgetreten?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____		
Sind oder waren Sie in Behandlung wegen Osteoporose (Knochenschwund)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 24 Stunden Aspirin/andere blutverdünnende Medikamente eingenommen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne angefertigt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo? _____		
Besitzen Sie einen Röntgenpass?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hausarzt: _____		

PROFESSIONELLE ZAHNREINIGUNG & NATURHEILKUNDE

Haben Sie Interesse an professioneller Zahnreinigung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie an der Teilnahme an unserem Prophylaxe-Recall (Erinnerungsservice) interessiert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie interessiert an naturheilkundlicher Zahnbehandlung (z.B. Materialtest, Amalgamausleitung)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes werde ich unverzüglich mitteilen.

Ingolstadt, den _____

(Datum)

(Unterschrift)