

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

*E-Mail Adresse: _____

*Beruf: _____

Mitversichert bei: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift (falls abweichend): _____

*bei Privatversicherten Krankenkasse & Tarif (Basis / Standard / Notlagentarif):

*Freiwillige Angaben

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte(r) Herr/Frau

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an!

Herz

- (ja) (nein) Zustand nach Infarkt
- (ja) (nein) Herzinsuffizienz
- (ja) (nein) Muskelentzündung
- (ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße
- (ja) (nein) Rythmusstörungen
- (ja) (nein) Bypassoperation
- (ja) (nein) Herzklappenersatz
- (ja) (nein) Schrittmacher

Kreislauf

- (ja) (nein) niedriger Blutdruck
- (ja) (nein) Bluthochdruck
- (ja) (nein) Angina pectoris
- (ja) (nein) Durchblutungsstörungen
- (ja) (nein) Schlaganfall

Erkrankung des blutbildenden Systems

- (ja) (nein) Blutarmut
- (ja) (nein) Blutgerinnungsstörungen
- (ja) (nein) Bluter

Augen

- (ja) (nein) Grauer Star
- (ja) (nein) Grüner Star

Atmungswege/Lunge

- (ja) (nein) Asthma
- (ja) (nein) Bronchitis

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Liebe Patienten,

wir arbeiten ausschließlich mit hochwertigen Materialien und mit modernsten Geräten, um Ihnen die bestmögliche zahnmedizinische Behandlung zu ermöglichen.

Leider sind die Beiträge der gesetzlichen Krankenkasse zu gering, so dass wir nicht umhin kommen Ihnen eine private Zuzahlung abzuverlangen.

Aus diesem Grund haben wir Beispiele aufgestellt, um Sie vorab über den ungefähren Eigenanteil zu informieren, der sich aus dem Materialbedarf und dem zeitlichen Aufwand errechnet.

Bei Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Füllungen Komposit (Kunststoff)	50 € - 90 €
Wurzelkanalbehandlung	150 € - 250 €

Die Kosten werden immer vor der Behandlung mit Ihnen besprochen.

Neu Wulmstorf, den Unterschrift