



ZAHNARZTPRAXIS AM KLOSTER

*Tamara Adams*

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## PATIENT

Name ..... Vorname ..... Geb. ....

### 01. Versicherte Person

Name ..... Vorname ..... Geb. ....

Straße, Hausnr. .... PLZ, Ort .....

Beruf ..... Arbeitgeber .....

Telefon ..... Mobil .....

E-Mail .....

### 02. Versicherung .....

gesetzlich  freiwillig  privat  PKV-Standardtarif  Beihilfe

Besteht eine Zahnzusatzversicherung?  Ja  Nein

Bei .....

### 03. Name & Adresse Ihres Hausarztes .....

.....

### 04. Ihr Hauptanliegen, weshalb Sie heute unsere Praxis aufsuchen .....

.....

.....



ZAHNARZTPRAXIS TAMARA ADAMS · Tamara Adams (Zahnärztin & Praxisinhaberin)

Bahnhofstr. 2 · 14797 Kloster Lehnin · Tel. 0 33 82.438 · Fax 0 33 82.70 39 34 · info@zahnarztpraxis-am-kloster.de · zahnarztpraxis-am-kloster.de



**05. Bitte kreuzen Sie zutreffendes an!**

- Herz- / Kreislauferkrankungen
- Bluthochdruck (Hypertonie)
- Bypass/Stent/Herzschrittmacher
- Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie)
- Immunschwäche (HIV / AIDS)
- Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A, B, C)
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)
- Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Tumorerkrankung
- Osteoporose
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Rauchen Sie?     Ja     Gelegentlich  
Wie viel pro Tag? .....
- Herzklappenerkrankung / -ersatz
- Herzinfarkt, Angina Pectoris
- Endokarditis-Prophylaxe
- Sie neigen zu blauen Flecken
- Rheuma, rheumatisches Fieber
- Tuberkulose
- Nierenfunktionsstörung
- Augenerkrankung (Glaukom – grüner Star)
- Magen-Darm-Erkrankung
- Einnahme von Bisphosphonaten
- Sie neigen zur Ohnmacht
- Sonstige Erkrankungen / Infektionen
- Schwangerschaft     Ja     Vielleicht

**06. Haben Sie Allergien?**     Ja     Nein

Besitzen Sie einen Allergiepass?     Ja     Nein

Welche? .....

.....

.....

**07. Besitzen Sie einen Röntgenpass?**

Ja     Nein

Wünschen Sie einen Röntgenpass

Ja     Nein

**08. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung / Computertomographie?**

Datum / Körperteil .....





09. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Clopidogrel, Plavix, ASS) ein?

Ja  Nein

Welche? .....

.....

10. Haben Sie ein Bonusheft?

Ja  Nein

Möchten Sie ein Bonusheft haben?

Ja  Nein

## UNSERE PRAXIS HAT SICH DAS ZIEL GESETZT IHRE ZÄHNE GESUND ZU ERHALTEN-VON ANFANG AN!

Hierzu bieten wir Ihnen ein breites Spektrum an Prophylaxeleistungen, um Ihre gesunden Zähne zu schützen und Ihre Mundgesundheit zu verbessern. Selbstverständlich werden wir, falls es doch einmal nötig sein sollte, auch Ihre erkrankten Zähne, sowie Ihr Zahnfleisch optimal therapieren. Im Rahmen dieses Prophylaxekonzeptes bieten wir Ihnen einen kostenlosen Erinnerungs-Service für Kontroll- und Prophylaxe-Termine an.

11. Möchten Sie an regelmäßige Termine erinnert werden?

Ja  Nein

Welche?

Kontrolluntersuchungen  Professionelle Zahnreinigung

Wie möchten Sie erinnert werden?

per Telefon unter .....

per Brief .....

per E-Mail .....





**12. Zu welchem Thema möchten Sie beraten werden?**

- Implantate (künstliche Zahnwurzeln)
- Zahnersatz
- Laser-Behandlung
- Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung)
- Amalgamaustausch / - alternativen
- Schöneres Lächeln – ästhetische Zahnheilkunde
- Kiefergelenk-Behandlung (CMD)
- Prophylaxe / Professionelle Zahnreinigung
- Kinderprophylaxe
- Beratung für Schwangere
- Mundgeruchsprechstunde
- Angstfreie Behandlung
- Sonstiges

**13. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe?**

.....

**14. Bevorzugen Sie Behandlungen unter örtlicher Betäubung?**

- Ja     Nein

**15. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?**

- Telefonbuch
- Gelbe Seiten
- Internetpräsenz
- Internetsuchmaschine
- Lage der Praxis

Auf Empfehlung von .....





ZAHNARZTPRAXIS AM KLOSTER

*Tamara Adams*

## 16. Ihr Einverständnis

Unsere Praxis beauftragt eine zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft mit der Erstellung und dem Einzug Ihrer Privatrechnung für Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der kostenfreien sechsmonatigen Ratenzahlung an. Ein weiterer Vorteil für Sie ist, dass wir unseren Verwaltungsaufwand hierdurch reduzieren und dadurch mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben. Selbstverständlich wird vor dem Erbringen einer solchen „Privat“-Leistung Ihr Einverständnis eingeholt.

*Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben. Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KZV Brandenburg oder anderen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Dentallabor, Röntgenstelle etc.) durch die oben genannte Zahnarztpraxis zu. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.*

*Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.*

---

Ort, Datum Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten

