



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 .....

.....



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



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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Herz- / Kreislauferkrankungen  | <input type="radio"/> Alkoholkonsum   |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck (Hypertonie)   | <input type="radio"/> Drogenkonsum  |
| <input type="radio"/> Bypass/Stent/Herzschrittmacher<br>Wann? .....  | <input type="radio"/> Transplantationen Wann? .....   |
| <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie)  | <input type="radio"/> Herzklappenerkrankung / -ersatz   |
| <input type="radio"/> HIV / AIDS   | <input type="radio"/> Herzinfarkt, Angina Pectoris<br>Wann? .....                               |
| <input type="radio"/> Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A, B, C)   | <input type="radio"/> Endokarditis-Prophylaxe   |
| <input type="radio"/> Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)   | <input type="radio"/> Sie neigen zu blauen Flecken  |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung   | <input type="radio"/> Rheuma, rheumatisches Fieber  |
| <input type="radio"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)<br>aktueller HbA1c-Wert: .....  | <input type="radio"/> Tuberkulose   |
| <input type="radio"/> Tumorerkrankung (z.B. Leukämie)  | <input type="radio"/> Nierenfunktionsstörung  |
| <input type="radio"/> Osteoporose  | <input type="radio"/> Augenerkrankung (Glaukom – grüner Star)                                   |
| <input type="radio"/> Anfallsleiden (Epilepsie)  | <input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankung   |
| <input type="radio"/> Rauchen Sie?<br><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Gelegentlich | <input type="radio"/> Einnahme von Bisphosphonaten  |
| Wie viel pro Tag? .....  | <input type="radio"/> Sie neigen zur Ohnmacht   |
|  | <input type="radio"/> Schwangerschaft <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Vielleicht |
|  | <input type="radio"/> Sonstiges .....   |

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

Besitzen Sie einen Allergiepass?    Ja    Nein

Welche? .....

.....

.....

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

Datum / Körperteil .....

**Einverständnis Röntgenuntersuchung bei Minderjährigen**

- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei meinem Kind die zahnärztliche Röntgenuntersuchung durchgeführt werden darf.





07. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Clopidogrel, Plavix, ASS) ein? Oder bekommen Sie regelmäßig Spritzen oder Infusionen?

- Ja     Nein

Welche? .....

.....

.....

08. Behandlungseinverständnis bei Minderjährigen

- Hiermit erkläre ich, dass die Zahnarztpraxis Tamara Adams zahnärztliche und /oder zahnchirurgische Behandlungen an meinem Kind ..... (Name des Kindes) einschließlich der Anwendung notwendiger oder empfehlenswerter Lokalanästhesie oder sonstiger Diagnostik durchführen darf.

09. Zu welchem Thema möchten Sie beraten werden?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Implantate (künstliche Zahnwurzeln)           | <input type="radio"/> Prophylaxe / Professionelle Zahnreinigung |
| <input type="radio"/> Zahnersatz                                    | <input type="radio"/> Kinderprophylaxe                          |
| <input type="radio"/> Laser-Behandlung                              | <input type="radio"/> Beratung für Schwangere                   |
| <input type="radio"/> Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung)  | <input type="radio"/> Mundgeruchsprechstunde                    |
| <input type="radio"/> Amalgamaustausch / - alternativen             | <input type="radio"/> Beratung Schnarchproblematik              |
| <input type="radio"/> Schöneres Lächeln – ästhetische Zahnheilkunde | <input type="radio"/> Angstfreie Behandlung                     |
| <input type="radio"/> Kiefergelenk-Behandlung (CMD)                 | <input type="radio"/> Sonstiges                                 |

10. Zahnaufhellung (Bleaching) einschließlich Beratung gewünscht?

- Ja     Nein





ZAHNARZTPRAXIS AM KLÖSTER

*Tamara Adams*

## 11. 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

**Wir bitten Sie, die Termine pünktlich einzuhalten. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte spätestens 24 Stunden vorher mit. Wir behalten uns vor reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine als Ersatz mit einer Pauschale geltend zu machen, es sei denn, das nicht Erscheinen ist unverschuldet.**

