

Zahnärzte Westend

Reichsstraße 99, 14052 Berlin-Westend, Fon 030-3 05 70 83, Fax 030-30 81 52 80

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Zahnärztin Dr. Daniela Radtke

Patient

Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Mitglied

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Krankenkasse/

Versicherung oder Zusatzversicherung _____

Beruf

Arbeitgeber

Tel. tagsüber _____

Ihre E-Mail Adresse: _____

Für gesetzlich versicherte Patienten: Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns nach 14 Tagen nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Für Privatpatienten gilt, dass unsere Abrechnung der Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erfolgt, unabhängig davon, welchen Tarif Sie mit Ihrer Versicherung/Beihilfestelle abgeschlossen haben. Wir richten unsere Behandlung bzw. die Berechnung von Positionen nicht nach Kosten erstattenden Stellen.

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neuen und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen nicht von den Krankenkassen oder nur teilweise übernommen werden?

- ja
 nein

Wünschen Sie insbesondere über unser umfangreiches **Prophylaxeprogramm** informiert zu werden?

- ja
 nein

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung erinnert zu werden?

- ja
 nein

Wir sind immer bemüht, Ihnen Wartezeiten zu ersparen. Denn Ihre Zeit ist uns kostbar! Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen- dadurch kann es manchmal zu Verzögerungen kommen.

Datum: _____

Unterschrift: _____ Bitte wenden

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt: Name, Adresse und Telefonnummer: _____

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Allergien: gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz) ? ja nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) ? ja nein
Herzasthma, Angina pectoris ? ja nein
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz ja nein
Sonstiges ? _____

Kreislaufferkrankungen: Zu hoher Blutdruck? ja nein
Zu niedriger Blutdruck? ja nein
Zustand nach Herzinfarkt? ja nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? ja nein
Sonstiges? _____

Vegetative Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle? ja nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein
Sonstiges? _____

Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein
Magen-Darmerkrankungen? ja nein
Schilddrüsenerkrankungen? ja nein
Sonstiges? _____

Erkrankungen des Nervensystems: Epileptiforme Anfälle? ja nein
Krämpfe? ja nein
Sonstiges? _____

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)? ja nein
Blutarmut? ja nein
Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/___) ja nein
Tuberkulose? ja nein
Chronische Erkrankung der Atemwege, Husten etc.? ja nein
Wurde bei Ihnen ein Aids-Test durchgeführt? ja nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
Sonstiges? _____

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein
Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein
Wenn ja, wo? _____
Unser modernes Gerät gewährleistet eine möglichst geringe Strahlendosis.

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Datum: _____

Unterschrift: _____

Zum Abschluss weisen wir Sie darauf hin, dass wir unsere Patienten darum bitten, wenn Sie die Prophylaxe in Anspruch nehmen, den hierfür anfallenden Betrag, direkt bar oder per EC-Karte in unserer Praxis zu begleichen.