

## Herzlich willkommen

# IN UNSERER PRAXIS

### Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Teilen Sie uns Änderungen bitte auch schnellstmöglich mit. Ihr Dr. Wellmann & Team

### 1. PERSÖNLICHES

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße/Nr.	PLZ	Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	Telefon Arbeit
E-Mail	Beruf, Arbeitgeber	
Terminerinnerung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja, per SMS	<input type="checkbox"/> Ja, per E-Mail <input type="checkbox"/> Nein

### 2. VERSICHERUNG

Name der Krankenkasse oder Privatkrankenkasse

<input type="checkbox"/> Privatversichert	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Basis-/Standardtarif (begrenzte Erstattung)
<input type="checkbox"/> Pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Kostenerstattung	<input type="checkbox"/> Privat zusatzversichert

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße/Nr.	PLZ	Ort

### 3. ALLGEMEINE SITUATION

			Bemerkung
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, welche (z.B. Blutverdünner wie ASS, Marcumar?)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Herzerkrankungen/Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Tragen Sie einen Herzschrittmacher/Herzklappenersatz?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

### 3. ALLGEMEINE SITUATION

			Bemerkung
Diabetes (Zuckerkrankheit, Typ 1 oder 2)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten am Tag?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Blutdruck	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hoch
			liegt bei:
Wer ist Ihr Hausarzt?			

### 4. ZAHN-MUND-SITUATION

			Bemerkung
Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Knackt oder knirscht Ihr Kiefergelenk beim Kauen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wurde schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt (ca. 60 Minuten?)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen des Kopfes gemacht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Bei welchem Zahnarzt waren Sie zuletzt?			
Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? Was wurde behandelt?			

### 5. ALLGEMEINE ANGABEN

Welches Anliegen führt Sie heute in unsere Praxis?

---

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass er/sie unsere Praxis empfohlen hat?

---

### 6. DATENSCHUTZ

Hiermit erkläre ich mich mit dem elektronischen Austausch meiner Daten (z.B. Rechnungen, Kostenvoranschläge, Terminvereinbarungen, Berichte) zwischen mir und der Zahnarztpraxis Dr. Oliver Wellmann, sowie ggf. anderen zahnärztlichen Praxen und Laboren einverstanden. Mir ist bekannt, dass die Übermittlung von Daten per Email trotz verschlüsselter Übersendung u.U. mit dem Risiko verbunden ist, dass Daten von Dritten abgefangen, entschlüsselt und gelesen werden. Ich willige ein, dass meine persönlichen Daten auch per Email an mich versendet werden und der Datenaustausch zwischen mir und der Praxis auf elektronischem Wege erfolgt. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten von der Praxis erhoben, gespeichert und ggf. weitergeleitet werden (die ausführlichen Informationen zum Datenschutz liegen in den Praxisräumen zur Einsicht aus). Diese Erklärung ist widerrufbar.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen bei Fragen jederzeit zur Verfügung.

Ort, Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)

Wir sind eine **Bestellpraxis**. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in dieser Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (**d. h. möglichst 24 Std. vorher**) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen.

Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten dürfen und können nach §615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.

Erhalten Sie wegen Beschwerden/Schmerzen einen Notfalltermin, so müssen Sie aus organisatorischen Gründen leider mit Wartezeiten rechnen.