

Herzlich willkommen in unserer Praxis



WELLMANN
ZAHNARZTPRAXIS
AM JUBILÄUMSPARK
seit 1997

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

Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. *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? Ja, per SMS Ja, per E-Mail Nein

2. VERSICHERUNG

Name der Krankenkasse oder Privatkrankenkasse

- Privatversichert Beihilfeberechtigt Basis-/Standardtarif (begrenzte Erstattung)
 Pflichtversichert Kostenerstattung Privat zusatzversichert

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

Name, Vorname	Geburtsdatum	
Straße/Nr.	PLZ	Ort

3. ALLGEMEINE RISIKEN

Rauchen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	ca. wie viele Zigaretten pro Tag:
Tumorerkrankung/Krebs	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was/Wann:
Künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Was/Wann:
Medikamente zur Immunsuppression (z.B. nach Organtransplantation)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Entbindungstermin:
Liste der regelmäßigen Medikamente, Art und Einnahme der Menge (ggf. Extrablatt anhängen):		

4. HERZ-KREISLAUF

Blutdruck (ohne Medikamenteneinstellung)	<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> liegt bei:
Endokarditis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann:
Bypass und/oder Stent	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann:
Herzklappenersatz/-operationen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann:

5. ALLERGIEN/UNVERTRÄGLICHKEITEN

Latex	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Antibiotikum	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welches:
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welches:
Andere Stoffe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche:
Allergiepass vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Allergiepass bitte vorlegen

6. INFektionSERKRANKUNGEN

Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welcher Typ:
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Andere	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

7. WEITERE ERKRANKUNGEN

Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Hb1AC Wert:
Asthma/Bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Bisphosphonate/Knochenmedikamente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	(auch angeben, falls abgesetzt)
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

8. ZAHN-MUND-GESUNDHEIT

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?	<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 bei Ihnen durchgeführt? (ca. 60 Min.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

9. ALLGEMEINE SITUATION

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, Ort)	
Bei welchem Zahnarzt waren Sie zuletzt? (Name, Ort)	
Wurden in den letzten zwei Jahren zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welches Anliegen führt Sie heute in unsere Praxis?	
Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass er/sie unsere Praxis empfohlen hat?	

10. 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)

Liebe Patienten, da wir eine Bestellpraxis sind und dementsprechend Zeit für Sie reservieren, bitten wir Sie, Termine allerspätstens 24 Std. vor dem Termin abzusagen, falls Sie diesen nicht wahrnehmen können.