



Dres. Locher & Partner

Zahnarztpraxis für Implantologie und Endodontie

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.**

Das Praxisteam möchte Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen an der Rezeption.

Wir helfen Ihnen gerne!

Patient

Herr / Frau / Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____

Postleitzahl _____ Ort _____ E-Mail _____

Telefon _____ Mobil _____

Krankenkasse/

Privatversicherung

gesetzlich versichert

freiwillig versichert

privat versichert

zusätzlich versichert

beihilfeberechtigt

zuzahlungsbefreit

Ich habe als Privatpatient nur einen Basistarif abgeschlossen

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Telefon, tagsüber

Hausarzt _____

Ihr Hauptanliegen beim Zahnarzt _____

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? _____

Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) berechnen müssen.

Wenn wir einmal nicht pünktlich sein sollten, gedulden Sie sich bitte. Wir benachrichtigen Sie sofort über die Dauer der Verzögerung. Bei einer Behandlung kann man nicht immer alles auf die Sekunde genau vorausberechnen.



Bitte auch Rückseite ausfüllen!

Angaben zur Gesundheit

Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Daher bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen?

	Ja	Welche	Nein
Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Herzschrittmacher:		_____	
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tbc oder sonstige):		_____	
Allergien/Überempfindlichkeiten (bitte Allergiepass vorlegen):		_____	
Haben Sie einen künstlichen Gelenkersatz (Hüfte, Knie)?		_____	
Tumorerkrankungen:		_____	
Innere Krankheiten (Leber, Magen, Niere):		_____	
Nehmen Sie z. Z. Medikamente ein?		_____	
Diabetes:		_____	
Datum der letzten Röntgenuntersuchung:		_____	
Weitere Erkrankungen:		_____	

Blutgerinnungsstörungen:	Ja	Nein	Waren oder sind Sie drogenabhängig?	Ja	Nein
Osteoporose:			Erhöhter Augeninnendruck:		
Raucher:			Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?		

Angaben und besondere Wünsche zur Behandlung

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lächeln?

Von 1 - 10: gar nicht 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr

Wünschen Sie über ein intensives Vorsorge(Prophylaxe-)Programm zur Vermeidung von Karies und Parodontose informiert zu werden? Ja Nein

Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches? Zahnfleischbluten?

Wünschen Sie besondere Beratung über?

Ästhetische Zahnheilkunde Keramische Verblendschalen Zahnaufhellung Zahnimplantate

Wir möchten, dass Sie immer auf dem Laufenden bleiben. Wenn Sie unsere Informationen zu zahnmedizinischen Themen und zu unserer Praxis per E-Mail oder Brief erhalten möchten, kreuzen Sie das bitte an. Nutzen Sie auch unseren komfortablen Service der Terminerinnerung per SMS:

Brief

E-Mail _____ (Mailadresse bitte eintragen)

SMS zur Terminerinnerung _____ (Mobil-Nr. bitte eintragen)

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dres. Locher & Partner mir an meinen angegebenen Kontakt Infos zu zahnmedizinischen Themen und der Praxis schickt. Ich kann die Einwilligung jederzeit, auch teilweise, ohne Angabe von Gründen formfrei widerrufen oder der Kontaktaufnahme insgesamt widersprechen. Den Widerruf/Widerspruch richte ich an Praxis Dres. Locher & Partner, Bischof-Ketteler-Straße 31-33, 63165 Mülheim oder an info@zahnarzt-muehlheim.de.

Endlich haben Sie es geschafft! Nochmals vielen Dank, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben.

Zahnärztliche Prüfung und Kenntnis

Datum

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Zahnarzt

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben und sind bei Nennung Ihrer Daten mit der Kontaktaufnahme einverstanden.