DENTAL EAST
DR. MARC VOLLERT

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in Ihrer Praxis für Zahngesundheit.

Wir möchten 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 folgende Fragen vollständig und richtig.
Bei Rückfragen helfen wir Ihnen selbstverständlich gerne weiter.

Patient

Name | Vorname
Geburtsname | Geburtsort/Land | Geburtsdatum

Mitglied

Name | Vorname
Geburtsname | Geburtsort/Land | Geburtsdatum

Anschrift

Straße/Nr. | PLZ/Ort
Telefon privat | Mobil
Telefon tagsüber | E-Mail

Krankenkasse/Privatversicherung

Name

gesetzlich versichert ☐ freiwillig versichert ☐ privat versichert ☐ zusätzlich versichert ☐
beihilfeberechtigt ☐ zuzahlungsbefreit ☐ Ich habe als Privatpatient nur einen Basistarif abgeschlossen ☐

Beruf | Arbeitgeber
Hausarzt
Ihr Hauptanliegen

Haben Sie Interesse an alternativmedizinischer Therapiebegleitung? Ja ☐ Nein ☐

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Darf ich Sie per Mail über Neuigkeiten zur Zahngesundheit und/oder aus meiner Praxis informieren? Ja ☐ Nein ☐

Bestellpraxis

Da wir eine Bestellpraxis sind, bitten wie Sie, jeden Termin telefonisch, online oder persönlich mit uns zu vereinbaren. Wir vergeben jeden Termin nur einmal und haben dann auch wirklich die Zeit für Sie, die wir benötigen. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach der privaten Gebührenverordnung (GOZ) berechnen müssen.

Bitte auch die Rückseite ausfüllen.
Vielen Dank.

Angaben zur Gesundheit

Ganzheitliche Zahnheilkunde beruht auf dem einfachen Gedanken, dass die Ursache vieler akuter und chronischer Erkrankungen im Mund liegt. Andererseits können allgemeine Erkrankungen auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Daher bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Haben Sie folgende Erkrankungen?	Ja	Welche	Nein
Herz-/Kreislauferkrankungen, Herzschrittmacher:			
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC oder sonstige):			
Blutgerinnungsstörungen, Nehmen Sie z.B. Macumar:			
Allergien / Überempfindlichkeiten (Heuschnupfen, Asthma, bestimmte Medikamente, Sonstiges):			
Haben Sie orthopädische Beschwerden?			
Innere Krankheiten:			
Diabetes/Osteoporose:			
Rauchen Sie?		Wieviel?	
Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein, z.B. Bisphosphonate?			
Besteht z.Zt. eine Schwangerschaft?			
Sonstiges (z.B. Tinnitus, Migräne):			
Datum der letzten Röntgenuntersuchung:		Der Zähne	
Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden (Knacken, Reiben)?			
Haben Sie kaumuskuläre Bescherden (Einschränkung Mundöffnung, Verspannungsgefühl)?			

Angaben und besondere Wünsche zur Behandlung

Möchten Sie über ein intensives Vorsorge (Prophylaxe-) Programm zur Vermeidung von Karies und Parodontose informiert werden?	Ja	Nein
Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches? Zahnfleischbluten?	Ja	Nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne zufrieden?	Ja	Nein
Passen Ihre Zahnreihen richtig zusammen?	Ja	Nein

Wünschen Sie eine Beratung über

Schienentherapie	Ästhetische Zahnheilkunde	Zahnfleischbehandlung	Zahnaufhellung/Bleaching
Zahnimplantate	Kiefergelenksbehandlung	Alternative Zahngesundheit	Zahnersatz
Füllungstherapie	Parodontosebehandlung	Sonstiges	

Geschafft! Vielen Dank, dass Sie alle Fragen sorgfältig beantwortet haben.

Datum	Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben.