

Hallo und herzlich willkommen

im Ersten Zahnmedizinischen Zentrum Frankfurt.

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

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Personalien

Patient

- Frau
 Herr

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse

Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Tel. privat _____

Handy Nr. _____

Email Adresse _____

Krankenkasse gesetzlich Kasse: _____
 Mitglied familienversichert mit: _____
Name _____ Geburtsdatum _____
 privat Kasse: _____

Für Kassenpatienten:

Wir brauchen Ihre Gesundheitskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Hausarzt/ Facharzt

Name

Adresse _____ Tel.: _____
Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Telefonbuch Internet Praxisschild Gelbe Seiten durch Bekannte/ Familie _____

Ich möchte in das Recall-System aufgenommen werden und eine telefonische Erinnerung zur halbjährlichen Terminvereinbarung erhalten.

Bestellpraxis - Hinweise zur Organisation:

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte **Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen**, falls Sie verhindert sind. **Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.** Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen, dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

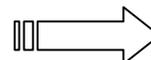
Datenschutz:

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind auf unserer Praxis-Webseite sowie an der Rezeption jeder Zeit einsehbar.

Ort/ Datum _____

Unterschrift _____

Bitte wenden!



Medizinische Angaben

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Wurden Sie operiert? Wenn ja, wann _____ warum _____

Haben Sie künstliche Gelenke? nein Ja wenn ja, wo _____

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wie viel? _____ Päckchen pro Tag

Nehmen Sie Aufputsch-, Beruhigungs- oder sonstige Mittel? nein Ja

Wenn ja, welche _____

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

Asthma Ja nein

Herzerkrankungen: Endokarditis Ja nein

Herzschwäche (Insuffizienz) Ja nein

unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) Ja nein

Angina pectoris Ja nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz Ja nein

Bypass Ja nein

Stent Ja nein

Kreislaufferkrankungen/ Bluterkrankungen: Blutdruck zu niedrig zu hoch normal

Zustand nach Herzinfarkt Ja nein

Blutungsneigung (Hämophilie) Ja nein

Blutarmut (Anämie) Ja nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Ja nein

Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja nein

Magen-Darmerkrankungen Ja nein

Nierenfunktionsstörung Ja nein

Schilddrüsenerkrankungen Ja nein

Erkrankungen des Nervensystems: Epileptische Anfälle/ Krämpfe Ja nein

Infektionskrankheiten: Hepatitis A/ B/ C Ja nein

Tuberkulose Ja nein

Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt? nein Ja Ergebnis: _____

Augenerkrankung: Glaukom (grüner Star) Ja nein

Leiden Sie unter Migräne, halbseitigem Kopfschmerz oder ähnlichem? Ja nein

Knirschen sie mit den Zähnen? Ja nein

Bei Schwangerschaft: Welcher Monat? _____

Sonstiges: _____

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-/ Kiefer-/ Zahnbereich geröntgt? Ja wo? _____ nein

Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben umgehend mit. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis zum Informationsaustausch zwischen unserer zahnärztlichen Gemeinschaftspraxis und der kieferorthopädischen Praxis von E. Jahn.

Ort/ Datum _____

Unterschrift _____