



Herzlich willkommen in unserer Praxis

Ihnen ist eine umfassende und sorgfältige Heilbehandlung auf höchstem wissenschaftlichen Niveau wichtig.

Sie wissen Fürsorge und Offenheit zu schätzen.
Dann sind wir für Sie der richtige Partner.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Alle Ihre Angaben aus diesem Gesundheitsbogen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und beachten Sie bitte auch unsere Hinweise zur Organisation.

Wenn Sie einverstanden sind, beginnen wir.

Ihr Praxisteam Sillmanns, Rix & Kollegen

Patient	Name	Vorname	Geburtsdatum
Versicherter (falls abweichend vom Patient)	Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Straße	Nr.	Telefon (privat)
	PLZ	Ort	
	E-Mail	Telefon (mobil)	
Krankenkasse/ Versicherung			
Arbeitgeber			Telefon
Hausarzt/ Facharzt	Name		
	Adresse	Telefon	

Vereinbarungen zur Organisation

Terminvereinbarung

Klare Terminvereinbarungen sind für Ihre erfolgreiche Behandlung wichtig. Deshalb führen wir eine Bestellpraxis. Falls erforderlich reservieren wir gleich mehrere Termine für Sie und sind am vereinbarten Termin **nur für Sie** da. **Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, teilen Sie uns dies bitte mindestens 24 Stunden vorher mit. Nicht rechtzeitig abgesagte oder versäumte Termine stellen wir in Rechnung.**

Recall

Als Service bieten wir ein Recall-System an, durch welches Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden. Wollen Sie diesen Service nicht in Anspruch nehmen, informieren Sie uns bitte.

Heilbehandlung

Auf der Basis einer umfangreichen Untersuchung besprechen wir mit Ihnen gemeinsam den Weg für die medizinisch sinnvollste Therapie. Qualifizierte Zahnheilkunde ist Teamarbeit. Deshalb findet in den jeweils notwendigen Abschnitten Ihrer Behandlung die Betreuung durch verschiedene Zahnärzte sowie entsprechend qualifizierte Mitarbeiterinnen statt. Vorab informieren wir Sie über den zeitlichen und finanziellen Aufwand und erstellen ein individuelles Behandlungskonzept.

Finanzierung/Versicherung

Die professionelle Zahnreinigung sowie Einzelleistungen bis zu einer Höhe von 300,00 EUR werden direkt berechnet. Bitte informieren Sie uns, ob Sie diese bar oder mit Karte bezahlen.

In Finanzierungs- und Versicherungsfragen arbeiten wir mit einer zahnärztlichen Verrechnungsstelle zusammen. Hierzu erhalten Sie ein separates Formular. Damit bieten wir Ihnen Teilzahlungsmöglichkeiten und zusätzlich haben Sie als freien Service einen kompetenten Partner bei Erstattungsfragen.

Diese Zusammenarbeit gibt uns mehr Zeit, das zu tun, was wir am besten können: Ihre zahnmedizinische Betreuung.

Mit diesen Vereinbarungen zur Organisation bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift

Wir legen Wert darauf, dass Sie sich bei uns wohlfühlen. Bitte beantworten Sie **sorgfältig** alle Fragen.

Ärztliche Behandlung:

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Allergien?

☐ ja ☐ nein

Gegen welche Materialien und Medikamente? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Benötigen Sie eine antibiotische Prophylaxe (z.B. Endokarditisprophylaxe, bei Gelenkersatz)?

☐ ja ☐ nein

Bisphosphonate, (z. B. wegen Osteoporose)?

☐ ja ☐ nein

Gerinnungshemmende Mittel (ASS, Marcumar, Plavix, Iscover u. ä.)?

☐ ja ☐ nein

Aufputsch- und/oder Beruhigungsmittel?

☐ ja ☐ nein

Rauchen Sie? (Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?) _____

☐ ja ☐ nein

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz) ?

☐ ja ☐ nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?

☐ ja ☐ nein

Angina pectoris? Zustand nach Herzinfarkt?

☐ ja ☐ nein

Herzschrittmacher? Herzklappenersatz?

☐ ja ☐ nein

Zu hoher Blutdruck?

☐ ja ☐ nein

Kollapsneigung?

☐ ja ☐ nein

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)?

☐ ja ☐ nein

Magen-, Darmerkrankung?

☐ ja ☐ nein

Schilddrüsenerkrankungen?

☐ ja ☐ nein

Erkrankungen des Nervensystems:

Krampfleiden?

☐ ja ☐ nein

Sonstige Erkrankungen:

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)?

☐ ja ☐ nein

HIV/AIDS?

☐ ja ☐ nein

Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung?

☐ ja ☐ nein

Tuberkulose?

☐ ja ☐ nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?

☐ ja ☐ nein

Neigung zu Lippenbläschen (Herpes)?

☐ ja ☐ nein

Erkrankungen des Bewegungsapparates/künstlicher Gelenkersatz?

☐ ja ☐ nein

Nicht aufgeführte Erkrankungen? _____

☐ ja ☐ nein

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?

☐ ja ☐ nein

Röntgen:

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich angefertigt?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte Arztangabe _____

Schwangerschaft und Kontrazeption

Sind Sie schwanger? (Wenn ja, in welchem Monat?) _____

☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie die Antibabypille?

☐ ja ☐ nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort jede Änderung Ihrer Angaben mit!

Datum

Unterschrift



Haben Sie noch Wünsche, Anregungen oder offene Fragen? Hier wäre Platz dafür.

Wir freuen uns auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Bis bald

Ihr Praxisteam

Fest isst besser