



LÜCKENLOS

ZENTRUM FÜR ZAHNMEDIZIN

Zahnärzte

Dr. Klaus Wierschem

ZA Johannes Held

Dr. Christian Hesselmann

Dr. Patrick Bruns, MOM, M.Sc.

Master in Implantology & Dental Surgery

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen!
Bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gerne.
Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Änderungen bitten wir uns umgehend mitzuteilen.

Titel/Anrede _____ Nachname _____ Vorname _____ geb. _____

PLZ/Ort _____ Straße _____ Nr. _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Telefon _____ Mobil _____ beruflich _____

E-Mail _____ Haben Sie einen Pflegegrad/ welchen? Ja Nein

Erhalten Sie Eingliederungshilfe nach SGB XII Ja Nein

Krankenkasse _____ Zusatzversicherung Beihilfeberechtigt

Wenn Sie nicht selbst versichert sind, wer ist der Versicherte?

Nachname _____ Vorname _____ geb. _____

PLZ/Ort _____ Straße _____ Nr. _____

Dürfen wir Ihnen Ihre Termine per SMS bestätigen? Ja Nein

Haben Sie akute Zahnschmerzen? Ja Nein Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopfbereich geröntgt? Ja Nein Wann? _____ Wo? _____

Wie alt ist Ihr derzeitiger Zahnersatz? _____ Sind Sie mit Ihrem Zahnersatz unzufrieden? Ja Nein

Sind Sie Raucher? Ja Nein Sind Sie Angstpatient? Ja Nein

Sind Sie Schwanger? Ja Nein wenn ja, welche Woche _____

Haben Sie Interesse an:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kinderprophylaxe | <input type="checkbox"/> optische Verschönerung der Frontzähne |
| <input type="checkbox"/> Medizinische Zahnreinigung (als Privatleistung) | <input type="checkbox"/> Parodontitisbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Bleaching (Aufhellung der Zähne) | <input type="checkbox"/> Implantatversorgung |
| <input type="checkbox"/> Amalgamsanierung | <input type="checkbox"/> neuer Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Keramik-/ Goldinlays | <input type="checkbox"/> Behandlung unter Vollnarkose/ Sedierung |
| <input type="checkbox"/> Korrektur von Zahnfehlstellung | <input type="checkbox"/> Kiefergelenk-Sprechstunde |

In eigener Sache:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten/ Verwandten Name: _____
- Zeitungsanzeige Homepage Flyer Internet Jameda Außenwerbung

Möchten Sie von uns per Post an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? Ja Nein

Bitte Rückseite beachten

Allgemeine medizinische Befunderhebung:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kreislauferkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zucker) | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis / Wenn ja, welcher Typ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | | |
| <input type="checkbox"/> HIV (Aids) | | |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ohrensausen/Tinnitus | <input type="checkbox"/> Mit Strahlentherapie im Kopfbereich? | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Mit Chemotherapie? | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Grüner Star | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | |

Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? Ja Nein

Haben Sie das Gefühl, dass ihr Biss nicht stimmt? Ja Nein

Zu Ihrem Herzen: Haben Sie oder hatten Sie?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> eine Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> eine künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> einen Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> einen Herzschrittmacher | |

Medikamente: Nehmen Sie

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Antidepressiva |
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente, z. B. Marcumar, ASS, Plavix, Xarelto |

andere Medikamente: _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? Ja Nein

Wenn ja, gegen welche? _____

Ist eine Unverträglichkeit gegen Antibiotika, speziell Penicillin bekannt? Ja Nein

Unsere Praxis arbeitet nach einem Bestellsystem, damit Wartezeiten so gering wie möglich ausfallen. Sofern Sie fest vereinbarte Termine nicht einhalten können, muss spätestens 48 Std. vorher eine Absage erfolgen. Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen die nicht genutzte Zeit in Höhe des Honorars zu berechnen, das für die termingerechte Behandlung angefallen wäre. Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeit rechnen. Da es sich um einen eingeschobenen Termin handelt, ist auch nur eine Notversorgung möglich. Bitte berücksichtigen Sie, dass Sie nach einer örtlichen Betäubung (Spritze) mind. 5 Std. straßenverkehrsuntauglich sind! Bei örtlichen Betäubungen im Unterkiefer kann es in seltensten Fällen zu Nervenschädigungen im Bereich der Zunge und Lippen kommen. Dies könnte ein dauerhaftes Taubheitsgefühl zur Folge haben.

Für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung:

Wird die gültige gesetzliche Versicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn beigebracht, erfolgt eine private Berechnung der zahnärztlichen Leistungen.

Datum _____

Unterschrift _____