

Zahnärzte Westend

Reichsstraße 103, 14052 Berlin-Westend, Fon 030-3 05 70 83, Fax 030-30 81 52 80

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

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

Ihre Zahnärztin Dr. Daniela Radtke

Patient

Herr/Frau/Kind

Name Vorname geb. am

Mitglied

Name Vorname geb. am

Anschrift

Straße Nr. Tel. privat

Postleitzahl Ort

Krankenkasse/

Versicherung oder Zusatzversicherung _____

Beruf

Arbeitgeber

Tel. tagsüber

Ihre E-Mail Adresse:

Für gesetzlich versicherte Patienten: Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns nach 14 Tagen nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Für Privatpatienten gilt, dass unsere Abrechnung der Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erfolgt, unabhängig davon, welchen Tarif Sie mit Ihrer Versicherung/Beihilfestelle abgeschlossen haben. Wir richten unsere Behandlung bzw. die Berechnung von Positionen nicht nach Kosten erstattenden Stellen.

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neuen und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten ist, auch wenn diese Leistungen nicht von den Krankenkassen oder nur teilweise übernommen werden?

- ja
 nein

Wünschen Sie insbesondere über unser umfangreiches **Prophylaxeprogramm** informiert zu werden?

- ja
 nein

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung erinnert zu werden?

- ja
 nein

Wir sind immer bemüht, Ihnen Wartezeiten zu ersparen. Denn Ihre Zeit ist uns kostbar! Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen- dadurch kann es manchmal zu Verzögerungen kommen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte wenden

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung: nein	Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
Hausarzt/Facharzt:	Name, Adresse und Telefonnummer: _____		
Medikamente:	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____		
Allergien: nein	gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____ Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen: nein	Herzschwäche (Insuffizienz) ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
nein	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
nein	Herzasthma, Angina pectoris ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
nein	Herzschrittmacher, Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges? _____		
Kreislaferkrankungen: nein	Zu hoher Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
nein	Zu niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
nein	Zustand nach Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
nein	Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges? _____		
Vegetative nein	Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen: nein	Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Sonstiges? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
Stoffwechsel- nein	Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
erkrankungen: nein	Magen-Darmerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
nein	Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges? _____		
Erkrankungen des nein	Epileptiforme Anfälle?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
Nervensystems: nein	Krämpfe? Sonstiges? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen: nein	Blutungsneigung (Hämophilie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
nein	Blutarmut?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges? _____		

Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/___)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
nein			
<input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose?	<input type="checkbox"/> ja	
nein	Chronische Erkrankung der Atemwege, Husten etc.?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
nein	Wurde bei Ihnen ein Aids-Test durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____		
	Sonstiges? _____		
Weitere Angaben:	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
nein			
Röntgen:	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
nein			
	Wenn ja, wo? _____		
	Unser modernes Gerät gewährleistet eine möglichst geringe Strahlendosis.		
Schwangerschaft:	Wenn ja, in welchem Monat? _____		

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Datum: _____

Unterschrift: _____

Zum Abschluss weisen wir Sie darauf hin, dass wir unsere Patienten darum bitten, wenn Sie die Prophylaxe in Anspruch nehmen, den hierfür anfallenden Betrag, direkt bar oder per EC-Karte in unserer Praxis zu begleichen.