

Liebe Patientin, lieber Patient,

www.dr-terwelp.de

einer adäquaten Therapie geht immer eine intensive Anamnese und Befunderhebung voraus. Daher benötigen wir von Ihnen folgende Informationen, um uns individuell auf Sie einzustellen und die Behandlung planen zu können. Jeder unserer Untersuchungen bzw. Behandlungen geht natürlich das ärztliche Gespräch voraus, in dem Sie Fragen und Unklarheiten klären sowie Wünsche äußern können. Die von Ihnen angegebenen Daten werden von uns vertraulich im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht behandelt und nur mit Ihrer Einverständniserklärung an dritte Personen weitergegeben. Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig. **Vielen Dank!**

1. Patientendaten

Persönliches

Name / Vorname Geburtsname

Geburtsdatum Geburtsort

Straße / Nr. PLZ / Ort

Tel. Festnetz Tel. mobil

E-Mail Beruf

Krankenkasse

Gesetzlich versichert ☐ ja ☐ nein Privat versichert ☐ ja ☐ nein Basistarif ☐ ja ☐ nein

Zusatzversicherung ☐ ja ☐ nein Beihilfeberechtigt ☐ ja ☐ nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße / Nr. PLZ / Ort

Falls bei Ihrer Behandlung eine Zuzahlung anfällt: An wen soll die Rechnung gehen?

Name, Vorname

Straße / Nr. PLZ / Ort

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name/Ort Tel.

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 48 Stunden vorher ab. Ansonsten behalten wir uns vor, gem. § 615 BGB ein Ausfallhonorar in Höhe von 62,50 Euro je Viertelstunde zu berechnen.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

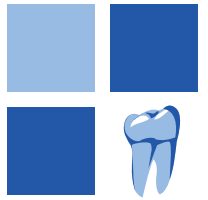
☐ von Bekannten empfohlen ☐ Telefon- / Branchenbuch ☐ Zeitungsanzeige

☐ Überweisung von

☐ Internet, über die Seite ☐ Sonstiges

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ☐ ja ☐ nein

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten? ☐ ja ☐ nein



2. Anliegen

www.dr-terwelp.de

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n...

- ☐ Routinekontrolle
- ☐ „zweite Meinung“
- ☐ Schmerzbehandlung
- ☐ Beratung über:
 - ☐ Prophylaxe
 - ☐ Zahnersatz (Implantate, Brücken etc.)
 - ☐ Füllungstherapie
 - ☐ Zahnfleischveränderungen
 - ☐ Ästhetische Veränderungen

☐ Sonstiges:

Haben Sie akute Schmerzen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie äußern sie sich?

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt?

3. Allgemeiner Gesundheitszustand

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen in folgenden Bereichen?

Blutgerinnungsstörungen ☐ ja ☐ nein
Herz- oder Kreislauferkrankungen ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Lebererkrankungen ☐ ja ☐ nein
Nierenerkrankungen ☐ ja ☐ nein
Schilddrüse ☐ ja ☐ nein
Magen-Darm-Trakt ☐ ja ☐ nein
Gelenke (Rheuma) ☐ ja ☐ nein
Wirbelsäule ☐ ja ☐ nein
Hoher / niedriger Blutdruck ☐ ja ☐ nein
Diabetes ☐ ja ☐ nein
Asthma / Lungenerkrankungen ☐ ja ☐ nein
Ohrensausen / Tinnitus ☐ ja ☐ nein
Epilepsie / Ohnmachtsanfällen ☐ ja ☐ nein
Grüner / Grauer Star ☐ ja ☐ nein
Tuberkulose ☐ ja ☐ nein
HIV (Aids) ☐ ja ☐ nein
Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C ☐ ja ☐ nein
Drogenabhängigkeit ☐ ja ☐ nein

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Allergien

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Medikamente – Nehmen Sie ...

- ☐ Herzmedikamente ☐ Cortison (Kortikoide)
- ☐ Schmerzmittel ☐ Antidepressiva
- ☐ blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS?
- ☐ Andere Medikamente – wenn ja, welche?

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in der wievielten Woche?

... zum Schluss:

Knirschen Sie mit den Zähnen? ☐ ja ☐ nein
Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ☐ ja ☐ nein
Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wieviele pro Tag?

Fragen / Anmerkungen / Wünsche:

Möchten Sie an die nächste Kontrolluntersuchung

erinnert werden? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie?

Per ☐ Post ☐ E-Mail

Im Falle meiner Teilnahme am Recall-Service der Zahnarztpraxis stimme ich der hierfür notwendigen Speicherung meiner personenbezogenen Daten (Name, Adresse, Telefon, ggf. Mobiltelefonnummer, E-Mail-Adresse) durch die Praxis zu.

Mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Zahnarztpraxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, darüber informiert worden zu sein, dass nach Betäubungen vorübergehende oder bleibende Sensibilitätsstörungen auftreten können.

Datum

Unterschrift