



LÖWENHAGEN
PRAXIS FÜR ZAHN & ZÄHNCHEN

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Zahnärzte Löwenhagen

PERSÖNLICHES

Name | Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ | Ort

Telefon Festnetz

Telefon mobil

E-Mail

Beruf | Arbeitgeber

Bitte erinnern Sie mich an meinen nächsten Vorsorgetermin per

E-Mail

Telefon

VERSICHERUNG

Krankenkasse

gesetzlich versichert

Zusatzversicherung

privat versichert

beihilfeberechtigt

Basistarif

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Name | Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ | Ort

WIE WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM?

Persönliche Empfehlung

Im Vorbeigehen

Anzeige: _____

Überweisender Arzt: _____

Internet: _____

Sonstiges: _____

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN

Name und Adresse Hausarzt _____

	JA	NEIN		JA	NEIN
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen Sie Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Marcumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ASS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cortison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bisphosphonat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige: _____		
Rheumatische Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
wenn ja, welche: _____			Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Erkrankungen: _____			wenn ja, welche: _____		
Infektionskrankheiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche Woche: _____		
Sonstige: _____					

MUNDGESUNDHEITSFRAGEN

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- Vorsorgeuntersuchung Beratung Zweite Meinung Schmerzbehandlung Neuer Zahnersatz
- Überweisung Zahnarzt Sonstiges: _____
- „Wie kann ich meine Zähne möglichst ein Leben lang erhalten?“
- „Ich bin mit dem Erscheinungsbild meiner Zähne unzufrieden: Welche Möglichkeiten gibt es, dieses zu verbessern?“
- „Mir ist ein Stück vom Zahn abgebrochen: Welche Möglichkeiten der Zahnreparatur bieten Sie?“
- „Beim Zähneputzen blutet es manchmal: Was kann man dagegen tun?“
- „Ich habe Beschwerden mit dem Kiefergelenk (Knacken, Knirschen, Spannungskopfschmerz): Was können Sie für mich tun?“
- „Ich habe eine herausnehmbare Zahnprothese: Kann ich festsitzenden Zahnersatz bekommen?“
- „Ich gehe nicht gerne zum Zahnarzt: Können Sie mir die Angst nehmen?“
- „Ich habe noch weitere Fragen oder ein besonderes Anliegen.“

Unsere Praxis nutzt den Service eines „Factoring“-Unternehmens, welches Verwaltungsaufgaben und Abrechnungsdienste für uns übernimmt. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der kostenfreien Ratenzahlung an. Ein weiterer Vorteil für Sie ist, dass wir unseren Verwaltungsaufwand hierdurch reduzieren und dadurch erheblich mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben. Selbstverständlich wird vor dem Erbringen einer solchen „Privat“-Leistung Ihr Einverständnis eingeholt. Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis und versuchen stets, die Wartezeit so gering wie möglich zu halten. Sollten Sie Ihrerseits einen vereinbarten Termin nicht einhalten können und diesen nicht 24 Std. vor der Behandlung abgesagt haben, behalten wir uns vor, Ihnen die Kosten für die reservierte Behandlungszeit in Rechnung zu stellen (s. Urteil vom OLG Stuttgart AZ 1 U 154/06).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

Datum

Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters