



## DRES. OFFERMANNS ZAHNÄRZTE

### Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für ihre Mitarbeit.

..... Name	..... Vorname	..... Geburtsdatum
..... Straße/Hausnummer	..... PLZ	..... Wohnort
..... Telefon	..... Mobil	..... Email
..... Beruf	..... Arbeitgeber	

Krankenversicherung?     gesetzlich     freiwillig     privat     nicht versichert  
     selbst versichert     versichert mit Ehepartner     Vater/Mutter

Besteht eine Zusatzversicherung?     Ja     Nein

.....  
Wenn Ja, bei wem?

Ihr(e) Hausärztin/Hausarzt?

.....  
Name, Adresse, Telefon

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?     Empfehlung     Internetsuchmaschine     Internetpräsenz     Sonstiges

### Vorerkrankungen(zutreffendes bitte ankreuzen/unterstreichen):

Herz/Kreislauf	<input type="radio"/>	Nierenfunktionsstörung	<input type="radio"/>
Herzklappenerkrankung/-ersatz	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>
Bluthochdruck(Hypertonie)	<input type="radio"/>	Augenerkrankung (Glaukom/grüner Star)	<input type="radio"/>
Herzinfarkt/Angina pectoris	<input type="radio"/>	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>
Bypass/Stent/Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="radio"/>
Endokarditis-Prophylaxe	<input type="radio"/>	Tumorerkrankung	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie)	<input type="radio"/>	Einnahme von Bisphosphonaten	<input type="radio"/>
Neigen Sie zu blauen Flecken	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>

**Fortsetzung Vorerkrankungen(zutreffendes bitte ankreuzen/unterstreichen):**

- |   |                       |                                      |                       |
|---|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| Immunschwäche (HIV/AIDS)                          | <input type="radio"/> | Neigen Sie zur Ohnmacht              | <input type="radio"/> |
| Rheuma/Rheumatisches Fieber                       | <input type="radio"/> | Anfallsleiden (Epilepsie)            | <input type="radio"/> |
| Lebererkrankung (Gelbsucht/Hepatitis A,B,C)       | <input type="radio"/> | Sonstige Erkrankungen/Infektionen    | <input type="radio"/> |
| Tuberkulose (TBC)                                 | <input type="radio"/> | Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD) | <input type="radio"/> |
| Rauchen Sie? (Wie viele Zigaretten pro Tag) ..... |                       | Schwangerschaft (Ja/vielleicht)      | <input type="radio"/> |

Allergien (Besitzen Sie einen Allergiepass?)  Ja.

.....  
Wenn Ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Clopidogrel, ASS)?  Ja.

Wenn Ja, welche

**Wir haben uns das Ziel gesetzt, Ihre Zähne gesund zu erhalten - von Anfang an!**

Hierzu bieten wir Ihnen ein breites Spektrum an Prophylaxeleistungen, um Ihre Zähne zu schützen und Ihre Mundgesundheit zu verbessern. Wir binden Sie gerne in unseren kostenlosen Erinnerungsservice (Recall) für Kontroll- & Prophylaxetermine ein.

Ich bin am Recall interessiert, bitte erinnern Sie mich an meine halbjährlichen Kontroll- & Prophylaxe Termine,

per Telefon: .....

Email: .....

Ich bin nicht am Erinnerungsservice interessiert.

**HINWEIS!**

**Das Folgende gilt für Patienten oder für Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung:**

Die für Sie erbrachten Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte und der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet. Dabei entscheidet der behandelnde Zahnarzt anhand des Umfangs und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem 2,3-fachen bis 3,5-fachen des Gebührensatzes abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der vorherigen schriftlichen Vereinbarung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen. Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für die Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten notwendig.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten/ des Erziehungsberechtigten