

### HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.  
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.  
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

#### Patientendaten

Name des Patienten:

geb. am:

Anschrift:

Name der Krankenkasse:

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert **ja** [ ] **nein** [ ]

Freiwillig versichert **ja** [ ] **nein** [ ]

Haben Sie eine private Zusatzversicherung **ja** [ ] **nein** [ ]

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [ ] **nein** [ ]

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Basistarif? **ja** [ ] **nein** [ ]

Studentisch versichert? **ja** [ ] **nein** [ ]

Beihilfeberechtigt? **ja** [ ] **nein** [ ]

Telefon:

Fax: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Telefon Büro: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

#### Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

#### Weitere Angaben

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Anschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge,  
um erneute Erkrankungen zu vermeiden? **ja** [ ] **nein** [ ]

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert  
werden? [ ] **telefonisch** [ ] **schriftlich**

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

# Praxis für Zahnheilkunde

Dr. J. Feld

Harscampstr. 38-40 - 52062 Aachen - Tel. 0241/ 3 99 28 - FAX: 0241/ 3 99 29

## Patient:

### HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.  
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.  
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

#### Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Epilepsie	ja [ ]	nein [ ]
Lungenerkrankung / Asthma	ja [ ]	nein [ ]
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja [ ]	nein [ ]
Diabetes	ja [ ]	nein [ ]
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Herzerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Herzinfarkt		

---

Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja [ ]	nein [ ]
Hoher Blutdruck	ja [ ]	nein [ ]
Niedriger Blutdruck	ja [ ]	nein [ ]
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja [ ]	nein [ ]
Immunschwäche (HIV+)	ja [ ]	nein [ ]
Magen- / Darmerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Nierenerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Rheuma	ja [ ]	nein [ ]
Schilddrüsenerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Allergien	ja [ ]	nein [ ]
Wenn ja, welche?		

---

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?	ja [ ]	nein [ ]
Wenn ja, bei welchen?		

---

Sind Sie Raucher?	ja [ ]	nein [ ]
Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?		

---

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	ja [ ]	nein [ ]
Wenn ja, in welchem Monat?		

#### Grund Ihres Besuchs

---

Überwiesen wegen Wurzelbehandlung	ja [ ]	nein [ ]
Kontrolluntersuchung	ja [ ]	nein [ ]
Zahnschmerzen	ja [ ]	nein [ ]

# Praxis für Zahnheilkunde

Dr. J. Feld

Harscampstr. 38-40 - 52062 Aachen - Tel. 0241/ 3 99 28 - FAX: 0241/ 3 99 29

## Patient:

### Grund Ihres Besuchs

Zahnfleischbluten	ja [ ]	nein [ ]
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Kiefergelenkbeschwerden	ja [ ]	nein [ ]
Knirschen	ja [ ]	nein [ ]
Mundgeruch	ja [ ]	nein [ ]
Sonstiges		

---

### Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

---

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja [ ]	nein [ ]
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja [ ]	nein [ ]
Starker Würgereiz	ja [ ]	nein [ ]

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

---

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

---

### Beratungswunsch

Wurzelbehandlung	ja [ ]	nein [ ]
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	ja [ ]	nein [ ]
Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja [ ]	nein [ ]
Professionelle Zahnreinigung	ja [ ]	nein [ ]
Weißer Zähne (Bleaching)	ja [ ]	nein [ ]
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja [ ]	nein [ ]
Sonstiges		

---

### Allgemeines

Sie haben in unser Praxis mehrere Zahlungsmöglichkeiten. ja [ ] nein [ ]  
Wir schicken Ihnen die Rechnung über unser  
Rechenzentrum "Mediserv"-(Zahlungsziel 30 Tage)

Sie Zahlen direkt nach der Behandlung und erhalten 2 % ja [ ] nein [ ]  
Skonto

Bei dem adhäsiven Füllungsmaterial beträgt Ihr Eigenanteil ca. 62 € bis 96 € pro Zahn

---

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_