

# Dr. med. dent. J. Feld

## Zahnarztpraxis

Harscampstr.40 - 52062 Aachen - Tel. 0241/ 3 99 28  
hallo@zahnarztpraxisfeld.de

### HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

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

#### Patientendaten

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

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

Geburtsort: \_\_\_\_\_

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

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

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

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

Privat zahnärztlich zusatzversichert? **ja** [ ] **nein** [ ]

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

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Standardtarif? **ja** [ ] **nein** [ ]

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? [ ] **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.

# Dr. med. dent. J. Feld

## Zahnarztpraxis

Harscampstr.40 - 52062 Aachen - Tel. 0241/ 3 99 28  
hallo@zahnarztpraxisfeld.de

Patient: \_\_\_\_\_

Seite 1

### HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. 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?		

---

Sonstiges

#### Grund Ihres Besuchs

---

Überwiesen wegen Wurzelbehandlung	ja [ ]	nein [ ]
-----------------------------------	--------	----------

# Dr. med. dent. J. Feld

## Zahnarztpraxis

Harscampstr.40 - 52062 Aachen - Tel. 0241/ 3 99 28

hallo@zahnarztpraxisfeld.de

Seite 2

**Patient:** \_\_\_\_\_

Kontrolluntersuchung	ja [ ]	nein [ ]
Zahnschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
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 unserer Praxis mehrere Zahlunsmöglichkeiten. Wir schicken Ihnen die Rechnung über unser Rechenzentrum "Mediserv"-(Zahlungsziel 30 Tage)

Sie Zahlen direkt nach der Behandlung mit EC Karte oder in bar

Bei dem adhäsiven Füllungsmaterial beträgt Ihr Eigenanteil ca.90,00 € bis 140,00 €

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