



Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde⁺

Dr. Alexander Süllner

Dr. Guido Süllner

Bahnhofstraße 19

94327 Bogen

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

Nachname, Vorname: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail Adresse: _____

Beruf: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer **gesetzlichen Krankenversicherung** angeben:

| | | | | | | |
|-----------------------------------|--------|----------|--------|----------|--------|----------|
| Pflichtversichert | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Freiwillig versichert | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Haben Sie eine Zusatzversicherung | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |

Bitte bei einer **Privatversicherung** angeben:

| | | | | | | |
|--------------------|--------|----------|--------|----------|--------|----------|
| Beihilfeberechtigt | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Basistarif | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten?

Versicherter: _____
geb. am: _____
Anschrift: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____
Anschrift des Arbeitgebers: _____

Wie möchten Sie regelmäßig an den Vorsorgetermin erinnert werden? [] e-mail [] telefonisch [] per Brief

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.

Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde⁺

Dr. Alexander Süllner

Dr. Guido Süllner

Bahnhofstraße 19

94327 Bogen

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

(Quartal)

| | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------|--------|----------|--------|----------|
| Herzerkrankung | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Herzschrittmacher / künstl. Herzklappen | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Hoher Blutdruck | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Niedriger Blutdruck | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Ohnmachtsneigung | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Gerinnungshemmer <small>(Marcumar, Xarelto, Eliquis, ASS, Pradaxa, Plavix)</small> | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Blutungsneigung / Bluterkrankung | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Rheuma | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Diabetes | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Schilddrüsenerkrankung | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Lebererkrankung (Hepatitis) | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Magen- / Darmerkrankung | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Nierenerkrankung | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Lungenerkrankung / Asthma | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Infektionskrankheit (Hepatitis, TBC, HIV) | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Strahlentherapie (Krebsbehandlung) | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Bisphosphonate, Antiresorptiva | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Psych. Erkrankung/Depression/Epilepsie | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Wenn ja welche? | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|--------|----------|--------|----------|--------|----------|
| Allergien | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Wenn ja welche | | | | | | |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

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

| | | | | | | |
|----------------------------------------|--------|----------|--------|----------|--------|----------|
| Sind Sie Raucher? | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] | ja [] | nein [] |
| Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? | | | | | | |

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

Name Ihres Hausarztes

Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde⁺

Dr. Alexander Süllner

Dr. Guido Süllner

Bahnhofstraße 19

94327 Bogen

Patient: _____

Grund Ihres Besuchs

(Wenn ja bitte ankreuzen)

| | | | |
|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnschmerzen / Beschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kiefergelenkbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knirschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mundgeruch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | | | |

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

| | | |
|----------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| starke Schmerzempfindlichkeit | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| starker Würgereiz | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Haben Sie einen **Röntgenpass**? ja nein ja nein ja nein

Beratungswunsch

(Wenn ja bitte ankreuzen)

| | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Weißer Zähne (Bleaching) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnfarbene Keramikfüllungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kieferorthopädische Behandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amalgamsanierung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quecksilberausleitung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ernährungsfragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Implantate / Implantatversorgung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schienenbehandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | | | |

Hinweis für gesetzlich versicherte Patienten:

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei Ihrem ersten Besuch pro Behandlungsquartal in der Praxis. Liegt sie uns innerhalb 10 Tagen nach Behandlungsbeginn nicht vor, erhalten Sie entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen eine Rechnung.

Datum: _____

Unterschrift _____

Datum: _____

Unterschrift _____

Datum: _____

Unterschrift _____