



**ZAHNWERK**  
WESTERSTEDDE

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Schön, dass Sie bei uns sind!

Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Bitte teilen Sie uns zukünftige Änderungen umgehend mit. Dies ist wichtig für eine optimale Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

### IHRE PERSÖNLICHEN DATEN

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum und -ort \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ und Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Mobil- Telefon \_\_\_\_\_

### MITVERSICHERT BEI

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum und -ort \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ und Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Von welchem Zahnarzt wurden Sie zuletzt betreut? \_\_\_\_\_

### IHRE VERSICHERUNG

Name der Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

#### Gesetzlich krankenversichert

Zahnzusatzversicherung: ja  nein

Manche Versicherungen übernehmen die Kosten für einige Behandlungsmethoden und Materialien nur teilweise. Wir informieren Sie rechtzeitig über Umfang und Kosten der Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Versicherung übernommen werden.

#### Privat krankenversichert

Beihilfeberechtigt: ja  nein

Aufgrund der Vielfalt an Tarifen und Erstattungsmodalitäten können wir eine vollständige Übernahme Ihrer Behandlungskosten durch Ihre private Versicherung nicht immer garantieren.

### GRUND FÜR IHREN BESUCH

#### Was ist der Grund für Ihren Zahnarztbesuch?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen        | <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung          |
| <input type="checkbox"/> Beratung             | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbeschwerden/Knirschen    |
| <input type="checkbox"/> Implantate           | <input type="checkbox"/> Bleaching/Zahnaufhellung              |

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? ja  nein

Falls nicht, was möchte Sie ändern? \_\_\_\_\_

Bitte die  
Rückseite  
beachten



## IHRE ZAHN- MEDIZISCHE HISTORIE

Wann war Ihr **letzter Zahnarztbesuch**? \_\_\_\_\_

Sind **aktuelle Röntgenaufnahmen** Ihrer Zähne vorhanden? ja  nein  Alter der Aufnahme \_\_\_\_\_

Sind Sie in **ärztlicher Behandlung**? ja  nein  Weshalb? \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

Für Patientinnen: Besteht eine **Schwangerschaft**? ja  nein  unklar  Welcher Monat? \_\_\_\_\_

Haben Sie Medikamente aus der Gruppe der **Bisphosphonate** (Medikamente zur Stärkung des Knochens) (z.B. Zometa, Denosomab, Bondronat, Lodronat, Aredia, Fosavance, Fosamax etc.) eingenommen? ja  nein

## IHRE GESUNDHEITSSITUATION

**Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?**

### Herz-Kreislaufkrankungen

Herzklappenersatz ja  nein

Herzschrittmacher ja  nein

Zustand nach Herzinfarkt ja  nein

Sonstige: \_\_\_\_\_

Zustand nach Schlaganfall ja  nein

Hoher Blutdruck ja  nein

Niedriger Blutdruck ja  nein

### Infektionskrankheiten

HIV-Infektion, AIDS ja  nein

Tuberkulose ja  nein

Hepatitis A, B, C ja  nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Sonstige Erkrankungen

Diabetes (Zuckerkrankheit) ja  nein

Schilddrüsenerkrankung ja  nein

Osteoporose ja  nein

Asthma ja  nein

Grüner Star ja  nein

Erkrankungen der Leber ja  nein

Heilen Wunden schlecht? ja  nein

Blutgerinnungsstörungen ja  nein

Rheuma ja  nein

Tumor ja  nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja  nein

Ohnmachtsanfälle ja  nein

Migräne ja  nein

Gelenkprothese ja  nein

### Allergien bzw. Unverträglichkeiten?

Welche? \_\_\_\_\_

### Liegen sonstige Erkrankungen vor?

Welche? \_\_\_\_\_

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig, bzw. zur Zeit ein? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig **Betäubungsmittel**? ja  nein  Welche? \_\_\_\_\_

**Rauchen** Sie? ja  nein  Seit wann? \_\_\_\_\_ Wie viel? \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass eine **Injektion** zur Schmerzausschaltung Ihre Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigen kann. In sehr seltenen Fällen können sich allergische Reaktionen bzw. ein anhaltendes Taubheitsgefühl oder Geschmacksirritationen einstellen. Die Abtretung von Forderungen an Dritte (beispielsweise Versicherungen), die aus dem Behandlungsverhältnis mit dem Zahnwerk Westerstede // Dr. Katharina de Buhr resultieren, ist ausgeschlossen. Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung. Außerdem führen wir eine **Bestellpraxis**. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Sie da. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht **24 Stunden** zuvor abgesagt wurden, **privat in Rechnung** stellen (gemäß §615 BGB / Amtsgericht Fulda (Az. 34 C 120/02/D), 16.05.2002).

Wünschen Sie eine **kostenlose Erinnerung an Ihren nächsten Besuch per Email**? ja  nein  Diese können Sie jederzeit widerrufen.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit deren Speicherung einverstanden.

Datum

Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigter)