

dres. szostak



**Gemeinschaftspraxis
Dr. Caroline & Dr. Guido Szostak
Zahnärzte & Zahntechniker**

Castoper Str. 387

44627 Herne

Tel.: 02323-39300

www.dr-szostak.de

Ihre persönlichen Daten 1

Patient	Versicherter
Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
Geb.-Datum _____	Geb.-Datum _____

Anschrift

PLZ _____

Wohnort _____

Geb.-Datum _____

Straße, Hausnr. _____

Telefon

privat _____

tagsüber _____

Mobil _____

eMail _____

Arbeitgeber

Beruf

Wünschen Sie eine Benachrichtigung für anstehende Kontrollen oder Prophylaxe? Ja Nein

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie per e-mail, Karte oder SMS benachrichtigen? Ja Nein

Dürfen wir Ihnen einen Newsletter unserer Praxis per e-mail senden? (Max 4x/Jahr) Ja Nein

In welcher Praxis wurden Sie zuvor behandelt (Zahnarzt) _____ Stadt _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet Zeitung Welche: _____

Google jameda Eigene Krankenkasse Bewertungsportal: _____

Sonstiges: _____

Falls über Empfehlung, bitte Namen angeben: _____

Ihre Versicherung / Krankenkasse: _____

Wie sind Sie versichert?

privat

- Standardtarif
- Basistarif der PKV
- Beihilfe berechtigt
- Zusatzversicherung

gesetzlich

- Pflichtversichert
- Freiwillig versichert
- Härtefall/Befreiung
- Kostenerstattung

Name der Zusatzversicherung: _____

Für privat- und zusatzversicherte Patienten:

Haben Sie eine Selbstbeteiligung? Wenn Ja, wie hoch: _____ Ja Nein

Haben Sie ein max. Erstattungs-Budget pro Jahr? Wenn Ja, wie hoch: _____ Ja Nein

Wenn Ja. Bitte genau erläutern, damit wir dies berücksichtigen können, falls eine Behandlung notwendig ist:



Angaben zum Gesundheitszustand 2

Liebe Patienten,

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um den vorliegenden Fragebogen vollständig zu bearbeiten. Mit dem Ausfüllen tragen Sie dazu bei, dass wir Ihren Gesundheitszustand gut beurteilen und Sie dann auch besser behandeln können. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und des Arztgeheimnisses. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank!

Was führt Sie zu uns? Wann war ihre letzte Zahnbehandlung (ca.) _____

Haben Sie für die Behandlung einen besonderen Wunsch?

Haben Sie Schmerzen? Wenn ja, welche, wo genau und seit wann? Ja Nein

Gab es schon einmal eine außergewöhnliche Reaktion nach einer Betäubung? Welche? Ja Nein

Haben Sie Probleme mit dem Zahnfleisch? Ja Nein
 Blutung Rückgang Brennen

Beobachten Sie Zahnlockerungen und/oder Überempfindlichkeiten? Ja Nein

Wurde bei Ihnen eine Parodontosebehandlung durchgeführt? Wann: _____ Ja Nein

Haben oder hatten Sie jemals Schmerzen oder Probleme bei... Ja Nein
 der Mundöffnung beim Kauen der Unterkieferbewegung

Haben Sie schon einmal bemerkt, dass Sie die Zähne stark aufeinander pressen oder mit den Zähnen knirschen? Ja Nein

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne unzufrieden? Farbe Form Stellung Ja Nein

Was hätten Sie gerne an Ihren Zähnen verändert? _____

Ich wünsche eine Beratung zu folgenden Themen:

- | | | | |
|---|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Mundgesundheitsvorsorge (P rophylaxe) | <input type="checkbox"/> | Zahnaufhellung/Bleaching | <input type="checkbox"/> |
| Zahnfleischbehandlung (P arodontose) | <input type="checkbox"/> | Amalgamsanierung und Alternativen | <input type="checkbox"/> |
| Metallfreie Zahnbehandlung | <input type="checkbox"/> | Zahnfarbene-Kunststofffüllungen | <input type="checkbox"/> |
| Zahnersatz | <input type="checkbox"/> | Karies – und Parodontosevorbeugung | <input type="checkbox"/> |
| Lückenschluss mit Zahnimplantat & Krone | <input type="checkbox"/> | Prothesenreinigung | <input type="checkbox"/> |
| Feste Zähne statt Totalprothese | <input type="checkbox"/> | Laser-Behandlung | <input type="checkbox"/> |
| Keramikinlays | <input type="checkbox"/> | „ The Wand “ (Der Zauberstab) | <input type="checkbox"/> |
| Vollkeramik-Kronen & Brücken | <input type="checkbox"/> | die schmerzfreie Betäubung | <input type="checkbox"/> |
| Keramik-Verblendschalen (Veneers) | <input type="checkbox"/> | | |

dres. szostak



**Gemeinschaftspraxis Dr. Caroline & Dr. Guido Szostak
Zahnärzte & Zahntechniker**

Castoper Str. 387

44627 Herne

Tel.: 02323-39300

www.dr-szostak.de

Angaben zum Gesundheitszustand 3

Betrachten Sie sich als „Angstpatient“ ?

Ja Nein

Bitte teilen Sie uns dies auf jeden Fall mit. Denn wir nehmen Sie ernst und möchten alles tun, was in unserer Macht steht, damit Sie irgendwann sagen können: „Jetzt bin ich kein Angstpatient mehr und komme gerne in die Praxis!“ Um dies zu erreichen sind wir sehr darauf angewiesen, dass Sie uns mitteilen, wie für Sie die optimale Behandlung aussehen würde. Bitte schreiben Sie hier lieber zu viel als zu wenig bei der Frage: „Was erwarten Sie von uns, damit wir mit Ihnen als Angstpatient richtig umgehen?“ Vielen Dank.

Krankheiten, Allergien und die Einnahme bestimmter Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren Allergie-Pass zu Ihrem ersten Termin mit. Falls Sie laufend oder zur Zeit Medikamente einnehmen, tragen Sie bitte auch diese unten ein.

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, bei welchem Arzt?

Hausarzt _____ Facharzt _____ in _____

Telefonnummer: _____ Telefonnummer: _____

Um welche Erkrankung handelt es sich? _____

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie momentan oder regelmäßig Medikamente zu sich? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

Marcumar Herz-ASS in der Stärke _____ Sonstige _____

Aufgrund welcher Erkrankung nehmen Sie diese Medikamente ein?

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Ja, und zwar auf: _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Wie viel pro Tag: _____

Nehmen Sie Medikamente aufgrund einer Krebserkrankung oder Osteoporose ein?

Wenn ja, welche? _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Falls ja, welcher Monat: _____

dres. szostak



**Gemeinschaftspraxis Dr. Caroline & Dr. Guido Szostak
Zahnärzte & Zahntechniker**

Castoper Str. 387

44627 Herne

Tel.: 02323-39300

www.dr-szostak.de

Angaben zum Gesundheitszustand 4

Leiden Sie an einer Herzkrankheit?

Ja Nein

Wenn ja, an welcher Erkrankung? _____

Endocarditis Herzklappenersatz Herz-Operationen Herz-Schrittmacher Herzinfarkt

Frische Herz-Operation im Jahr _____

Kreislaufferkrankungen: Hoher Blutdruck Werte: ____/____ Niedriger Blutdruck Werte: ____/____

Stoffwechselerkrankungen: Diabetes (Zucker) Typ _____ Ja Nein

Magen-Darmerkrankungen Schilddrüsenerkrankungen

Erkrankungen des Nervensystems: Epilepsie Krämpfe **Psychische Erkrank.** Ja Nein

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (= Hepatitis A/B/C) Wenn ja, welcher Typ: _____

Asthma/Atemnot Tuberkulose HIV/Aids Grüner Star/Glaucom Tumor

Kopf- und Nackenschmerzen: Wo genau: _____ Ja Nein

Sonstige ernsthafte andere Erkrankungen? Wenn ja, welche: _____

Möchten Sie, dass wir Ihnen ein Bonusheft ausstellen? Ja Nein

Benötigen Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Daten und Ihres Gesundheitszustandes sehr zeitnah mit.

Wir sind eine Bestellpraxis, um Ihnen möglichst kurze Wartezeiten zu ermöglichen. Für fest reservierte Termine, die ohne Absage (24 Stunden vorher) nicht eingehalten werden, behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr zu berechnen.

Ich bestätige die Richtigkeit und die Vollständigkeit der obigen Angaben.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen! Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.

Ort, Datum _____ **Unterschrift** _____