

ZAHNARZTPRAXIS
DR. SCHAUBMAYR
LINDENSTRASSE 34
83395 FREILASSING

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

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

*Ihr Team der Zahnarztpraxis
Dr. Schaubmayr*

Name:..... geb.:

Vorname:

Wohnort und Straße:

Krankenkasse bzw. private Versicherung:

Beruf:

Telefonnummer/Mobiltelefon:

Hausarzt:

Wann war ihre letzte zahnärztliche Behandlung?

Sind in den letzten 6 Monaten Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne angefertigt wurden?

Wenn ja, wo?

Haben Sie Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke bzw. der Kaumuskulatur?

Sind Sie in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, weswegen und bei welchem Arzt?

Nehmen Sie ständig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

(z.B. Blutverdünner, Medikamente wegen Erkrankung der Knochen, z.B. Bisphosphonate)

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und teilen uns zukünftig Veränderungen mit:

1. Besteht eine Herzerkrankung? Ja Nein
Wenn ja, welche?
(z.B. Endokarditis, Herzinfarkt, Klappenfehler)
2. Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder Substanzen? Ja Nein
Wenn ja, welche?
(z.B. Betäubungsmittel, Schmerzmittel, Penicillin, Jod, Latex)
3. Haben Sie eine Infektionskrankheit? Ja Nein
Wenn ja, welche?
(z.B. HIV (Aids), Hepatitis, TBC)
4. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? (Bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck, Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/> Magenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen/Asthma	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)
<input type="checkbox"/> Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> andere:
5. Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche?
6. Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? Wenn ja, wen?
7. Liegt bei Ihnen eine Pflegestufe oder Behinderung vor? Wenn ja, welche?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Für Privatpatienten: Wir berechnen Privatleistungen mit dem 2,3 bis 3,5 fachen Satz. Bitte berücksichtigen Sie dies, falls Sie mit Ihrer Versicherung eine andere Abrechnungsbedingung vereinbart haben.

Datum:

Unterschrift:

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, informieren Sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher. Andernfalls behalten wir uns vor, Praxisausfallzeiten in Rechnung stellen zu dürfen.

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder nach örtlichen Betäubungen für 1-6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Ihr Praxisteam

Dr. Schaubmayr

P.S. „Ein sauberer Zahn wird selten krank.“