



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!
SERDECZNIIE WITAMY!
ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ!

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

Patient:

Name	Vorname	Geburtstag
_____	_____	_____
Straße	PLZ/Ort	E-Mail
_____	_____	_____
Telefon	Fax	Mobiltelefon
_____	_____	_____
Beruf	Arbeitgeber	Telefon
_____	_____	_____

Versicherung

privat versichert gesetzlich versichert freiwillig versichert

Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied:

Name	Vorname	Geburtstag
_____	_____	_____
Straße	PLZ/Ort	Telefon
_____	_____	_____
Beruf	Arbeitgeber	
_____	_____	

Für privat Krankenversicherte:

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Sind Sie in einem Basistarif der privaten Krankenversicherung versichert?ja nein

Aufgrund der Vielfalt an Tarifen und Erstattungsmodalitäten können wir eine vollständige Übernahme Ihrer Behandlungskosten durch Ihre private Versicherung nicht garantieren. Eine Abklärung der Erstattungsleistungen ist nur durch Erstellen eines gebührenpflichtigen Kostenvoranschlags möglich.

Für gesetzlich Krankenversicherte:

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung? ja nein

Wir setzen uns für die optimale Behandlung eines jeden unserer Patienten ein. Manche Versicherungen übernehmen die Kosten für einige unserer Behandlungsmethoden und Materialien nicht oder nur teilweise. Wir informieren Sie rechtzeitig über Umfang und Kosten der Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Versicherung übernommen werden.

Haben Sie einen rechtlichen Betreuer? ja nein Wenn ja, Name: _____ Telefon: _____

Hausarzt: _____ Ort: _____ Telefon: _____

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein Weshalb? _____

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein unklar Welcher Monat? _____

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

Haben Sie eine Bisphosphonat-Therapie erhalten?

ja nein

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

Herz-/Kreislaufferkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Myokarditis (Herzmuskelentzündung)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Angina pectoris, Herzasthma	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler oder -ersatz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Angeborene Herzfehler	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Zustand nach Herzinfarkt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Niedriger Blutdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Infektionskrankheiten:

HIV-Infektion, AIDS	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis (Gelbsucht)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sonstige:	

Sonstige Erkrankungen:

Diabetes (Zuckerkrankheit)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Rheuma	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Tumor	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Asthma	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Grüner Star	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ohnmachtsanfälle	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

ja nein

Liegen sonstige Erkrankungen vor?

ja nein

Welche?

Welche?

Rauchen Sie

ja nein

Sind Sie drogenabhängig?

ja nein

Seit wann?

Wie viel?

Welche Drogen?

Bisheriger Zahnarzt:

Name:

Ort:

Telefon:

Wann und wo wurde die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung durchgeführt?

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

ja nein

Haben Sie von der professionellen Zahnreinigung schon gehört?

ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Grund Ihres Besuchs:

Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang	<input type="checkbox"/>
Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>	Kiefergelenksbeschwerden/Bissprobleme	<input type="checkbox"/>
Knirschen-Pressen	<input type="checkbox"/>	Behandlung unter Akupunktur	<input type="checkbox"/>
Zahnbleaching / Zahnaufhellung	<input type="checkbox"/>	Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/>

Haben Sie einen ästhetischen Wunsch? Welchen?

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 der Praxis Maciej Lopka 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.

Unser Service für Sie:

Wünschen Sie eine Erinnerung an halbjährliche Kontrolluntersuchungen und Zahnreinigungen (Recall)?

ja nein

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

Datum

Unterschrift (Patient / Zahlungspflichtiger)

überprüft am

Unterschrift