

Zahnärzte
Dr. Ulrich Leiendecker

Augustastrasse 3
47441 Moers
Telefon 02841-18180
Telefax 02841-18161
E-Mail info@zahnarzt-in-moers.de
Internet www.zahnarzt-in-moers.de

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. Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, sowie eine fachgerechte medizinische Behandlung und Beratung notwendig. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Unserer beiliegenden Patienten- Information „Datenschutz“ können Sie entnehmen, warum und auf welcher Grundlage wir bestimmte personenbezogene Daten von Ihnen verarbeiten. Die Information zur Erhebung von personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Ihr Praxisteam Dr. Leiendecker

Nach einer Behandlung unter Anästhesie kann Ihre Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein!

Patient

Herr/Frau/Kind

Name Vorname geb.

Versicherter

Name Vorname geb.

Anschrift (privat)

Strasse Hausnummer Tel.

Postleitzahl Ort E-Mail

Krankenkasse/ Versicherung

pflichtversichert freiw. versichert privat versichert Zahn Zusatzversicherung

Beruf

Arbeitgeber Tel. beruflich

Ich komme auf Empfehlung von _____

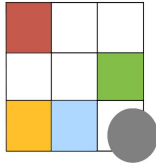
Wünschen Sie – bezogen auf Ihre Situation – von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden? ja nein

Wünschen Sie, an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden (**Recall**) ja nein

Email-Adresse _____

Ich bin darüber informiert, dass jegliche zahnmedizinische Behandlung in unserer Praxis eingebettet ist in eine begleitende **regelmäßige Prophylaxe** (Recall). Die individuellen Prophylaxeintervalle legt Ihr Behandler – selbstverständlich in Absprache mit Ihnen – fest.

Bitte beantworten Sie die Fragen nach Ihrem Gesundheitszustand auf der Rückseite dieses Fragebogens im Interesse einer risikolosen Behandlung genau!



Zahnärzte
Dr. Ulrich Leiendecker

Augustastrasse 3
47441 Moers
Telefon 02841-18180
Telefax 02841-18161
E-Mail info@zahnarzt-in-moers.de
Internet www.zahnarzt-in-moers.de

Behandelnder Hausarzt: _____ Tel.: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

	ja	nein
<input type="checkbox"/> Leiden Sie an Herz-Kreislaufkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, an welchen _____		
<input type="checkbox"/> Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche _____		
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hatten oder haben Sie Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>		
AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Haben Sie		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Haben Sie		
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, wogegen? _____		
<input type="checkbox"/> Haben Sie		
die Creutzfeld-Jakob Krankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sind Sie		
vollständig gegen Covid-19 geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige Krankheiten _____		
<input type="checkbox"/> Bei Frauen: besteht z.Zt. eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welcher Monat? _____		
<input type="checkbox"/> Haben Sie einen Pflegegrad?_	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welchen Grad? _____		

Wir sind immer bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine **mindestens 3 Tage** vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind! Bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar in Höhe von 100,- € pro Stunde zu berechnen. Bitte bedenken Sie, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem mit eingebunden werden müssen. Dadurch kann es manchmal zu geringen Zeitverzögerungen kommen. Sollten **Sie** einmal akute Probleme haben, so rufen Sie uns bitte zur kurzfristigen Terminabsprache an. Auch das verringert unnötige Wartezeit!

Ich bin bei umfangreichen zahnärztlichen/zahntechnischen Leistungen mit einer Bonitätsanfrage einverstanden.

Die Information zur Erhebung von personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum: _____

Unterschrift: _____