

Begrüßungsbogen

Patient

| | |
|---------|---------|
| Name | Vorname |
| Geboren | |

Mitglied/Versicherter

| | |
|---------|---------|
| Name | Vorname |
| Geboren | |

Anschrift

| | |
|----------------|---------------|
| Straße | PLZ/Ort |
| Telefon privat | geschäftlich |
| | E-Mail |

Beruf

| | |
|-----------|-------------|
| Tätigkeit | Arbeitgeber |
| Straße | PLZ/Ort |

Krankenkasse:

- Beihilfe berechtigt
 zusätzlich versichert
 freiwillig versichert
 privat

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Allgemeine Situation

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien. Welche? <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Hoher/niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> Einnahme von Marcumar / ASS <input type="checkbox"/> Infektionen: Hepatitis / TBC / AIDS / Andere: <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Geräusche im Kiefergelenk <input type="checkbox"/> Schmerzen an Kopf/Nacken <input type="checkbox"/> Zähneknirschen <input type="checkbox"/> Tragen Sie einen Zahnersatz? Seit wann? Ich hätte gerne Informationen über: <input type="checkbox"/> Zähne lebenslang erhalten <input type="checkbox"/> Implantate <input type="checkbox"/> Alternativen zu Amalgam <input type="checkbox"/> Verbesserung des Aussehens (Zahnfarbe und -form etc.) |
|--|--|

weiter auf Seite 2

Begrüßungsbogen, Seite 2

Allgemeine Situation

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?

Schnarchen Sie?

Sonstige Erkrankungen

Einnahme von Medikamenten zur Zeit oder regelmäßig:

1. Medikament

Grund

2. Medikament

Grund

3. Medikament

Grund

Verraten Sie uns Ihr Lieblingshobby?

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass er/sie unsere Praxis empfohlen hat?

Ich wünsche mir beim Besuch der Zahnarztpraxis:

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Herzlichst, Ihr Praxisteam

Dr. Volker Segelke & Dr. Kirsten v. Helldorff

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten zu Abrechnungszwecken weitergegeben werden können und entbinde Sie in diesem Zusammenhang von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, telefonisch oder per SMS an anstehende Termine erinnert zu werden.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)