

# die zahnärzte

Dr. Schneider ■ Biesterfeldt & Kollegen

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.

Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Interaktive PDF, klicken Sie auf die grauen Felder um Ihre Daten einzugeben.

### Patientendaten

Name des Patienten:

geb. am:

Geburtsort:

Anschrift:

PLZ / Ort:

Name der Krankenkasse:

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Liegt ein Pflegegrad vor?

Telefon:

Fax:

Mobil:

Telefon Büro:

E-Mail-Adresse:

Beruf:

### Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an: Patient    Versicherten

Versicherter:

geb. am:

Geburtsort:

Anschrift:

PLZ / Ort:

## Möchten Sie an Ihren nächsten Termin erinnert werden?

**Ja, per SMS    oder per Whatsapp**

Wichtige Hinweise zu Terminen und Kommunikation:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, möchten wir Sie darauf hinweisen, das bei unentschuldigtem Nichterscheinen zu einem vereinbarten Termin eine Ausfallgebühr in

Höhe von 80 € anfällt. Falls Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, uns frühzeitig zu informieren.

Zudem kann es vorkommen, das wir Ihnen Kostenvoranschläge und Rechnungen per E-Mail oder Whats App zusenden.

Bitte informieren Sie uns, falls Sie eine andere Zustellungsform bevorzugen.

Für Fragen oder weitere Informationen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Die Seiten 3 und 4 sind nur für die Anamnese von Ihrem Kind gedacht.

## Patient:

### HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.

Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Interaktive PDF, klicken Sie auf die grauen Felder um Ihre Daten einzugeben.

## Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Herzerkrankung

Stents

Herzschrittmacher

künstliche Herzklappe

Ohnmachtsneigung

Gerinnungshemmer

Blutungsneigung / Bluterkrankung

Rheuma

Diabetes

Schilddrüsenerkrankung

Lebererkrankung (Hepatitis)

Magen- / Darmerkrankung

Nierenerkrankung

Lungenerkrankung

Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen

Epilepsie

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?

Wenn ja, welche?

Allergien

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Sind Sie Raucher?

Für weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?

Wenn ja, in welchem Monat?

## Sie sind uns wichtig Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen

Starke Schmerzempfindlichkeit

Starker Würgereiz

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch  
am meisten vermisst?

## Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung

Weißer Zähne (Bleaching)

Zahnfarbene Keramikfüllungen

Amalgamsanierung

Implantate / Implantatversorgung

Sonstiges

Wir benötigen Ihre Gesundheitskarte einmal im Quartal, wenn Sie einen Termin bei uns hatten.

Liegt sie uns bis Ende des laufenden Quartals nicht vor, erhalten Sie von uns eine Privatrechnung.

Ort, Datum und Unterschrift

## Patient:

### HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.

Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Interaktive PDF, klicken Sie auf die grauen Felder um Ihre Daten einzugeben.

## Spezielle Anamnese Kind

Allergien?

Wenn ja, welche?

Allergiepass

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche und wogegen?

Nimmt Ihr Kind Fluoride?

Wenn ja, welche?

## Sonstige Erkrankungen Kind

Ist Ihr Kind z. Zt. in ärztlicher Behandlung?

Bei wem?

Warum?

Herzerkrankung / Herzfehler

Diabetes

ADHS / ADS

Nierenerkrankung

Gelbsucht

Angstzustände

Lunge / Asthma

Blutgerinnungsstörung

Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen?

Wenn ja, welche?

## Ernährung / Essgewohnheiten Kind

Überwiegend süß

Obst

Fast Food

Deftig

Isst wenig

Isst viel

Unkontrolliertes Essen

Fruchtsäfte

Limonaden

Mineralwasser

Tee gesüßt

Tee ungesüßt

Bitte weiter auf Seite 4

**Patient:**

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.

Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Interaktive PDF, klicken Sie auf die grauen Felder um Ihre Daten einzugeben.

### Zahnmedizinische Anamnese Kind

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten?

Wenn ja, welche (z.B. Daumen)?

Schnuller

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine?

Handzahnbürste

Elektrische Zahnbürste

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag?

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

Wenn ja, bei wem?

Sollen wir etwas bei der Behandlung Ihres

Kindes beachten?

Wir benötigen Ihre Gesundheitskarte einmal im Quartal, wenn Sie einen Termin bei uns hatten.

Liegt sie uns bis Ende des laufenden Quartals nicht vor, erhalten Sie von uns eine Privatrechnung.

Ort, Datum und Unterschrift