

Dr. Nadine Marburger

Zahnärztin

Tätigkeitsschwerpunkt: Kinder- und Jugendzahnheilkunde
Marburger Str. 3b - 57339 Erndtebrück

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahn-/medizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: _____
geb. am: _____
Geburtsort: _____
Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert **ja** [] **nein** []
Freiwillig versichert **ja** [] **nein** []
Haben Sie eine private Zusatzversicherung **ja** [] **nein** []
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [] **nein** []

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Standardtarif? **ja** [] **nein** []
Basistarif? **ja** [] **nein** []
Beihilfeberechtigt? **ja** [] **nein** []

Telefon: _____
Fax: _____
Mobil: _____
Telefon Büro: _____
E-Mail Adresse: _____
Beruf: _____

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten ? _____
Versicherter: _____
geb. am: _____
Anschrift: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____
Anschrift des Arbeitgebers: _____

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge,
um erneute Erkrankungen zu vermeiden? **ja** [] **nein** []

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert
werden? [] **telefonisch** [] **per E-Mail**

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Dr. Nadine Marburger

Zahnärztin

Tätigkeitsschwerpunkt: Kinder- und Jugendzahnheilkunde
Marburger Str. 3b - 57339 Erndtebrück

Patient: _____

Seite 1

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahn-/medizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung ja [] nein []

Wer ist Ihr Hausarzt?

Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen ja [] nein []

Hoher Blutdruck ja [] nein []

Niedriger Blutdruck ja [] nein []

Ohnmachtsneigung ja [] nein []

Marcumar / Gerinnungshemmer ja [] nein []

Blutungsneigung / Bluterkrankung ja [] nein []

Rheuma ja [] nein []

Diabetes ja [] nein []

Schilddrüsenerkrankung ja [] nein []

Lebererkrankung (Hepatitis) ja [] nein []

Magen- / Darmerkrankung ja [] nein []

Nierenerkrankung ja [] nein []

Lungenerkrankung / Asthma ja [] nein []

Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen ja [] nein []

Epilepsie ja [] nein []

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Allergien ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Sind Sie Raucher? ja [] nein []

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja [] nein []

Wenn ja, in welchem Monat?

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung ja [] nein []

Zahnschmerzen ja [] nein []

Dr. Nadine Marburger

Zahnärztin

Tätigkeitsschwerpunkt: Kinder- und Jugendzahnheilkunde
Marburger Str. 3b - 57339 Erndtebrück

Patient: _____

Grund Ihres Besuchs

Zahnfleischbluten	ja []	nein []
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja []	nein []
Kiefergelenkbeschwerden	ja []	nein []
Knirschen	ja []	nein []
Mundgeruch	ja []	nein []
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	ja []	nein []
Sonstiges		

Sie sind uns wichtig

Waren Sie in den letzten 10 Jahren zur jährlichen Vorsorge?	ja []	nein []
Waren Sie in den letzten 5 Jahren zur jährlichen Vorsorge?	ja []	nein []
Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?		

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja []	nein []
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja []	nein []
Starker Würgereiz	ja []	nein []
Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?		

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	ja []	nein []
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja []	nein []
Zahnfarbene Kunststofffüllungen	ja []	nein []
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	ja []	nein []

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum 28.03.2013 Unterschrift _____