

HERZLICH WILLKOMMEN!



Dr. Dirk Stolley | Zahnarzt

Liebe Patientinnen und Patienten,

willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Ihre Besuche bei uns sollen so angenehm wie möglich sein. Wir haben den Anspruch, Sie zahnmedizinisch optimal und individuell zu beraten und zu behandeln. Dazu benötigen wir von Ihnen möglichst genau Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, sowie die eventuell regelmäßige Einnahme von Medikamenten. Auch Ihre Wünsche für Ihre Zahngesundheit sind uns sehr wichtig, damit wir Sie dazu optimal beraten können.

Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich zur Verbesserung Ihrer individuellen Behandlung in unserer Praxis. Die Informationen werden nicht an Dritte weitergegeben – das ist selbstverständlich! Haben Sie Fragen? Unsere Kolleginnen am Empfang sind Ihnen gerne behilflich und stehen Ihnen diskret beim Ausfüllen des Fragebogens zur Seite.

Herzlichen Dank - Ihr Praxisteam Dr. Dirk Stolley

PATIENT/IN	<input type="text"/>	geb.	<input type="text"/>
GEB.-NAME	<input type="text"/>	GEB.-ORT	<input type="text"/>
HAUPTVERSICHERTE/R	<input type="text"/>	geb.	<input type="text"/>
ANSCHRIFT	<input type="text"/>		
TELEFON	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>		
BERUF	<input type="text"/>		

IHRE KRANKENVERSICHERUNG (bitte ankreuzen)

Gesetzliche Krankenversicherung Private Krankenversicherung

Versicherungsgesellschaft

Private Zusatzversicherung

BEI PRIVATVERSICHERTEN: Beihilfe Standardtarif

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Wir tragen Sie in unsere Kartei für den Erinnerungsservice (Recall) ein. Sie werden dann in regelmäßigen Abständen oder zum vereinbarten Zeitpunkt postalisch oder per E-Mail an den nächsten fälligen Termin erinnert.

Ich wünsche die Erinnerung postalisch (Brief) per E-Mail (wie oben angegeben)

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Zudem bestätige ich, die Hinweise zum Datenschutz in dieser Praxis (Aushang im Rezeptionsbereich oder die Einlage im Patienteninformationsordner im Wartebereich) gem. Art. 13 und 14 DSGVO gelesen zu haben. Darüber hinaus stimme ich dem Online-Versand diagnostischer Unterlagen aus meiner Akte an Fachkollegen zu.

Düsseldorf, den

Unterschrift

ALLGEMEINE ANAMNESE

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

- Herz-/Kreislaufkrankungen Nein Ja Welche? _____
- Hoher Blutdruck Nein Ja
- Herzschrittmacher Nein Ja
- Asthma / Atemwegserkrankungen Nein Ja Welche? _____
- Allergien Nein Ja Welche? _____
- Blutungsneigung Nein Ja
- Lebererkrankungen Nein Ja Welche? _____
- Nierenerkrankung Nein Ja
- Osteoporose Nein Ja
- Diabetes Nein Ja
- HIV-/AIDS-Erkrankung Nein Ja
- Rauchen Sie? Nein Ja
- Nehmen Sie regelmäßig
Medikamente ein? Nein Ja Welche? _____

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

- Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnfarbe? Nein Ja
- Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnstellung? Nein Ja
- Sind Sie zufrieden mit Ihrer Mundgesundheit? Nein Ja
- Beschwerden an den Zähnen? Ja Wo? _____
- Geräusche / Probleme im Kiefergelenk Ja Welche Art? _____
- Zahnfleischbluten Ja
- Wann waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung? _____
- Wann wurden zuletzt Röntgenbilder von den Zähnen angefertigt? _____
- Hatten Sie bereits eine Zahnfleisch-/Parodontosebehandlung? Ja Wann? _____
- Hatten Sie jemals Probleme mit Narkose- oder Betäubungsmitteln? Nein Ja

Was wünschen Sie sich von uns? _____

WICHTIGE INFORMATIONEN ZU UNSERER BESTELLPRAXIS

Unser Ziel ist es, Ihnen eine umfassende und individuelle Beratung ohne lange Wartezeiten zu bieten. Daher arbeiten wir mit fest vergebenen Terminen. Sollten Sie trotzdem einmal warten müssen, bitten wir um Verständnis, denn selbst bei genauester Planung können Notfälle auftreten. Wir bitten Sie daher, die vereinbarten Termine unbedingt einzuhalten oder uns spätestens 24 Stunden vorher telefonisch abzusagen. Bei nicht rechtzeitiger Absage behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Düsseldorf, den _____

Unterschrift