

Leipziger14
Viktorov, Planert, Zorn – Partnerschaft
Leipziger Platz 14
10117 Berlin

Kontakt
Telefon 030.21 22 23 63
Fax 030.21 22 23 640
info@leipziger14.de

Herzlich Willkommen bei Leipziger14 – Ihre Zahnärzte, wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

Um Ihre Behandlung optimal vorbereiten zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen möglichst vollständig auszufüllen. Falls Sie gesundheitliche Probleme haben, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden. Nennen Sie uns auch Ihre Wünsche und teilen uns mit, worauf Sie beim Zahnarzt besonderen Wert legen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, und unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes. Die Abtretung von Forderungen des Patienten an Dritte, die aus dem Behandlungsverhältnis mit dem Zahnarzt resultieren, ist ausgeschlossen, soweit der Zahnarzt dieser nicht vorher zugestimmt hat.

Patientendaten:

Frau Herr Kind

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Email-Adresse
Telefon	Mobil
Beruf	Arbeitgeber

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen):

Frau Herr

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Email-Adresse
Telefon	Mobil

Versicherungsverhältnis:

Name der Krankenkasse:
 Gesetzlich versichert
 Beihilfeberechtigt

 Freiwillig versichert
 Basistarif versichert

Privat versichert
 Zusatzversicherung

Gesundheitlicher Check:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Hoher / Niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Marcumar / Gerinnungshemmer |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Hepatitis) |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Magen- /Darmerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | |

Haben Sie Allergien oder Überempfindlichkeiten gegen Medikamente?
Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Sollen Sie vor Zahn-(ärztlichen) Eingriffen ein Antibiotikum einnehmen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie Raucher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wann war Ihre letzte professionelle Zahnreinigung? | Datum | _____ |
| Wurde bei Ihnen eine Parodontosebehandlung durchgeführt? Wenn ja, wann: | Datum | _____ |

Sie sind uns wichtig:

- Bitte formulieren Sie kurz Ihr heutiges Anliegen: _____
- Wann war ungefähr Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____
- Was ist Ihnen beim Zahnarzt besonders wichtig? Was haben Sie am meisten vermisst? _____
- Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen? _____
- Haben Sie eine starke Schmerzempfindlichkeit? _____
- Haben Sie einen starken Würgereiz? _____
- Unsere Präsenz im Internet: Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Berlin, den

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter