

Dr. Christina Meuer · Dr. Thomas Meuer-Dabrowski · Zahnärzte

Hauptstraße 26 · 82229 Seefeld · Telefon 0 81 52 / 7 96 46

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Unsere Datenschutzerklärung hängt in unserem Wartezimmer aus und wird Ihnen auf Verlangen gerne an der Rezeption ausgehändigt.

Ihre Dres. Meuer und Meuer-Dabrowski

Patient

Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat * _____

Postleitzahl _____ Ort _____

**Krankenkasse
oder Versicherung**

Beihilfe

Zusatzversicherung

Beruf *

Arbeitgeber *

Tel. tagsüber *

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von der Krankenkasse nicht oder nur zum Teil übernommen werden?

ja nein

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives **Prophylaxeprogramm** informiert zu werden?

ja nein

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung durch eine Postkarte erinnert zu werden? Wenn Sie eine Erinnerung wünschen, senden wir Ihnen zur Vereinbarung eines Vorsorgetermins eine Postkarte zu. Bitte beachten Sie, dass für jeden Leser dieser Postkarte hervorgeht, dass Sie Patient/Patientin unserer Praxis sind. Wenn Sie untenstehend „ja“ ankreuzen und dieses Formular unterzeichnen, willigen Sie in die Versendung einer solchen Postkarte ein und entbinden uns insoweit von der Schweigepflicht.

Diese Einwilligung und Schweigepflichtentbindung können Sie jederzeit für die Zukunft widerrufen. Hierfür reicht ein Anruf in unserer Praxis, eine E-Mail oder eine Postkarte an unsere Praxis.

ja nein

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, daß Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

* Freiwillige Angaben. Bei freiwilligen Angaben können Sie die Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Hierzu reicht eine formlose Mitteilung. Weiter Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung.

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte wenden!

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt: Name, Adresse und Telefonnummer: _____

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Allergien: Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____

Besitzen Sie einen Allergiepaß? ja nein

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ja nein

Herzasthma, Angina pectoris? ja nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ja nein

Sonstiges? _____

Kreislaufferkrankungen: Zu hoher Blutdruck? ja nein

Zu niedriger Blutdruck? ja nein

Zustand nach Herzinfarkt? ja nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein

Sonstiges? _____

Vegetative Ohnmachtsanfälle? ja nein

Erkrankungen: Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein

Sonstiges? _____

Stoffwechsel- Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein

erkrankungen: Magen-Darmerkrankungen? ja nein

Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

Sonstiges? _____

Erkrankung des Epileptiforme Anfälle? ja nein

Nervensystems: Krämpfe? ja nein

Sonstiges? _____

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)? ja nein

Blutarmut (Anämie)? ja nein

Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/_____)? ja nein

Tuberkulose? ja nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ja nein

Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? ja nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Sonstiges? _____

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein

Wenn ja, wo? _____

Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Bei wem dürfen wir uns ggf. für die freundliche Empfehlung bedanken? _____

Datum _____

Unterschrift _____