



DR. MED. DENT. MELANIE ZICK

ZAHNÄRZTIN

TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT NATURHEILKUNDE

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 Schweigepflicht.

Patient _____
Name _____ Vorname _____ geboren am _____
Anschrift _____
Straße/ Hausnummer _____ Postleitzahl/Ort _____
Tel.: _____
Privat _____ Geschäftlich _____ Handy _____
E-Mail: _____

Krankenkasse oder Versicherung: _____
Zusatzversicherung: _____

beihilfeberechtigt

Familienversichert

Arbeitgeber/ Beruf: _____

Für Kassenpatienten: Wir benötigen Ihre Versichertenkarte bei jedem Praxisbesuch. Liegt uns diese auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Zahnersatzversorgung zufrieden? Ja Nein

Wünschen Sie an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden? Ja Nein
Per: Post E-Mail SMS Anruf (Mehrfachnennungen möglich)

Wünschen Sie weitere Informationen über:

unser intensives Prophylaxeprogramm Ja Nein

sogenannte alternative Behandlungsmethoden

(Akupunktur, Kinesiologie, Homöopathie, Bioresonanz ...) Ja Nein

Implantatversorgung Ja Nein

Ästhetische Zahnkorrekturen Ja Nein

weiteres: _____

Wir sind immer bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mind. 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 akuten Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen- dadurch kann es manchmal zu Verzögerungen kommen.

Bitte wenden!

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie weiterhin um folgende Angaben:

Ärztl. Behandlung: Sind Sie z.Z. in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt: _____ Ja Nein
Name / Anschrift / Tel.

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder zur Zeit ein?

Allergien: Haben Sie Allergien oder Überempfindlichkeiten?..... Ja Nein
Wenn ja, gegen welche Materialien, Medikamente, etc.? _____
Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein
Allergisches Asthma? Ja Nein

**Herz-/Kreislauf-
erkrankungen:** Hoher/niedriger Blutdruck ? Ja Nein
Hatten Sie einen Herzinfarkt? Ja Nein
Haben Sie Herzschrittmacher/Herzklappenersatz/Stents Ja Nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?..... Ja Nein

**Vegetative
Erkrankungen:** Ohnmachtsanfälle?..... Ja Nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Ja Nein

**Stoffwechsel-
erkrankungen:** Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja Nein
Magen- Darmerkrankungen? Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)? Ja Nein

Augenerkrankungen: Grüner Star/Grauer Star/Glaukom ? Ja Nein

**Erkrankungen des
Nervensystems:** Epileptische Anfälle? Ja Nein

**Infektions-
erkrankungen:** Leberentzündung (Gelbsucht/ Hepatitis A, B, C,)? Ja Nein
Tuberkulose? Ja Nein
Aids/ HIV? Ja Nein

**Knochen-
veränderungen:** Osteoporose, Knochentumore ? Ja Nein

Haben/hatten Sie eine Bisphosphonattherapie? Ja Nein
Sind oder waren Sie in Orthopädischer Behandlung?..... Ja Nein
Weitere Angaben : Sind/Waren Sie drogen- oder alkoholabhängig? Ja Nein
Haben/hatten Sie andere hier nicht aufgeführte Erkrankungen?
Wenn ja, welche? _____

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat ? _____ Ja Nein

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr in einer anderen Praxis im
Kopf-Kieferbereich geröntgt?..... Ja Nein

Sollten sich die Angaben verändern, teilen Sie uns dies bitte unaufgefordert vor Behandlungsbeginn mit! Bitte beachten Sie, dass nach lokaler Betäubung und Einnahme von Schmerzmitteln das Reaktionsvermögen verändert ist und die aktive Teilnahme am Straßenverkehr beeinträchtigt.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der obigen Angaben:

Datum: _____

Unterschrift: _____