

Dr. Yusuf Mavi

Zahnarzt

Thujaweg 1•76149 Karlsruhe •Tel. 0721 970 34 14• FAX:0721 970 34 15

E-Mail: info@dr-mavi.de

28.07.2016

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren aktuellen Personalien auch Angaben über Ihren 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:

Beihilfeberechtigt? ja [] nein []

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____

Versicherter: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

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. Yusuf Mavi

Zahnarzt

Thujaweg 1•76149 Karlsruhe •Tel. 0721 970 34 14• FAX:0721 970 34 15

E-Mail: info@dr-mavi.de

Patient:

Seite 1

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Zur Vorbereitung Ihres Besuchs benötigen wir von Ihnen noch aktuelle Angaben. Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen in Ruhe aus und geben Sie ihn bitte dann an der Anmeldung ab. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterin gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	ja []	nein []
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja []	nein []
Hoher Blutdruck	ja []	nein []
Niedriger Blutdruck	ja []	nein []
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja []	nein []
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja []	nein []
Rheuma	ja []	nein []
Diabetes	ja []	nein []
Schilddrüsenerkrankung	ja []	nein []
Lebererkrankung (Hepatitis)	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?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?	ja []	nein []
Wenn ja, bei welchen?		

Sind Sie Raucher?	ja []	nein []
Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?		

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

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja []	nein []
Zahnschmerzen	ja []	nein []
Zahnfleischbluten	ja []	nein []
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja []	nein []
Kiefergelenksbeschwerden	ja []	nein []

Patient:

Knirschen	ja []	nein []
Mundgeruch	ja []	nein []
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	ja []	nein []

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja []	nein []
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja []	nein []
Starker Wür gereiz	ja []	nein []

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung?

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	ja []	nein []
Weiß e Zähne (Bleaching)	ja []	nein []
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja []	nein []
Zahnfarbene Füllungen Kunststoff/Keramik	ja []	nein []
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	ja []	nein []
Laserbehandlung	ja []	nein []
Implantate / Implantatversorgung	ja []	nein []
Sonstiges		

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum Unterschrift _____