



Dr. Wülfing & Dr. Wülfing Zahnärzte

Liebe Patientin, lieber Patient.
Herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben. Sollten Sie Röntgenaufnahmen mitgebracht haben, geben Sie diese bitte am Empfang ab.

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>		
Straße	PLZ	Wohnort
<input type="text"/>		
Telefon privat	Telefon geschäftlich	eMail
<input type="text"/>		

selbst versichert versichert mit Ehemann Ehefrau Vater Mutter

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>		
Krankenkasse/Versicherung		Arbeitgeber
<input type="text"/>		

Sind Sie im Basistarif versichert? Ja Erhalten Sie Beihilfe? Ja Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Auf ärztliche Empfehlung Auf private Empfehlung Internet Werbung Sonstiges

Wir bitten um Ihre Mithilfe.

Um Ihnen die bestmögliche medizinische Betreuung vor, während und nach der Behandlung zukommen zu lassen und gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, alle nebenstehenden Fragen gewissenhaft zu beantworten.

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an...

Herz oder Kreislauf Nein Ja
Lunge Nein Ja
Blut Nein Ja
Leber Nein Ja
Nieren Nein Ja
Schilddrüse Nein Ja
Magen-Darm-Trakt Nein Ja
Gelenken (Rheuma) Nein Ja

Haben oder hatten Sie jemals...

Hohen Blutdruck Nein Ja
Diabetes (Zucker) Nein Ja
Epilepsie (Fallsucht) Nein Ja
Hepatitis (Gelbsucht) Nein Ja
Grünen Star Nein Ja
Zahnfleischbluten Nein Ja
Ohnmachtsanfälle Nein Ja
Hämophilie (Bluter) Nein Ja
HIV (AIDS) Nein Ja

Wünschen Sie, über unser Mundgesundheitsprogramm informiert zu werden?

Nein Ja

Sind Sie...

zuletzt im Kopfbereich (Zähne, Nebenhöhlen, Hals, Nase, Ohren) geröntgt worden? Wenn ja, wann und bei welchem Arzt?

Nein Ja,

schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

Nein Ja,

derzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wo?

Nein Ja,

derzeit medikamentös eingestellt? Wenn ja, womit?

Nein Ja,

in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus gewesen? Wenn ja, weshalb?

Nein Ja,

Allergiker? Wenn ja, worauf reagieren Sie?

Nein Ja,

anderweitig erkrankt? Wenn ja, woran?

Nein Ja,

Träger eines Herzschrittmachers? Raucher?

Nein Ja Nein Ja

Wünschen Sie, von uns über modernere und schonendere Behandlungsmethoden informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen nur teilweise oder gar nicht von den Krankenkassen übernommen werden?

Nein Ja

Für Privatpatienten und Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung gilt:

Die für Sie erbrachten Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei entscheidet der behandelnde Zahnarzt anhand des Umfangs und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem einfachen bis dreieinhalbfachen des Gebührensatzes abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der vorherigen schriftlichen Vereinbarung.

Ort, Datum

Unterschrift