

dh

DIRK HORNIG

ZAHNARZTPRAXIS

Liebe Patientinnen und Patienten,

Ihre Besuche bei uns sollen so angenehm wie möglich sein. Wir haben den Anspruch, Sie bei uns zahnmedizinisch optimal und individuell zu beraten und zu behandeln.

Dazu benötigen wir von Ihnen möglichst genaue Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand sowie die eventuelle regelmäßige Einnahme von Medikamenten. Auf den nachfolgenden Seiten haben wir für Sie die für uns wichtigen Informationen bereits in Form eines Fragebogens zusammengefasst.

Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen uns ausschließlich zur Verbesserung Ihrer individuellen Behandlung in unserer Praxis. Die gemachten Informationen werden nicht an Dritte weitergegeben - das ist selbstverständlich!

Haben Sie Fragen? Unsere Kolleginnen an der Rezeption sind Ihnen gerne behilflich und stehen Ihnen diskret beim Ausfüllen des Fragebogens zur Seite.

Vielen Dank!

Ihre persönlichen Angaben

Frau Herr

Vorname

Nachname

Straße

Postleitzahl

Ort

Geburtsdag . .

Geburtsort

Ihr Hausarzt / Spezialist

Name

Ort

Ihre Krankenversicherung

Name

Ort

Privatpatient Basisvertrag

Privatpatient Standard

Private Zusatzversicherung

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichert?

Name Geburtstag . .

Anschrift

Ihre Kontaktinformationen

Ich möchte von der Praxis Dirk Hornig wie folgt kontaktiert werden

per Telefon -

per Handy -

E-Mail @

Möchten Sie am Erinnerungsservice für die Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen? ja nein

Bitte machen Sie mindestens eine Angabe, damit wir Sie über Terminverschiebungen, Öffnungszeiten und wichtige Neuigkeiten bei uns informieren können. Sie können Ihre Angaben zu jedem Zeitpunkt ändern oder widerrufen. Geben Sie dazu einfach unseren Kolleginnen an der Rezeption einen entsprechenden Hinweis.

Bitte machen Sie alle Angaben möglichst genau und ergänzen Sie diese gegebenenfalls unter „Andere wichtige Informationen“.

Zutreffende Erkrankungen bitte ankreuzen

Herz nein
 ja

Herzinfarkt wann

Angina Pectoris

Herzfehler

Herzinsuffizienz,
Herzschwäche,
Atemnot bei
Anstrengung

Herzmuskel-
erkrankung

Herzklappen-
ersatz

Schrittmacher/
implementierter
Defibrillator

Andere wichtige
Informationen

**Lunge/
Atemwege** nein
 ja

Asthma
bronchiale

Allergisches
Asthma

Tuberkulose

Schlafapnoe

Andere wichtige
Informationen

Niere nein
 ja

Nieren-
entzündung

Dialyse

Tage der Dialyse

Mo Di Mi Do Fr

Andere wichtige
Informationen

**Kreislauf /
Gefäße** nein
 ja

Hoher Blutdruck/
Hypertonie

Angina Pectoris

Niedriger
Blutdruck/
Hypotonie

Ohnmachtsanfälle,
Kollaps

Schlaganfall wann

Andere wichtige
Informationen

**Über-
empfindlichkeit/
Allergie** nein
 ja

Medikamente

Latex

Metalle

Andere

Allergiepass
vorhanden

Blut nein
 ja

Gerinnungs-
störungen

Blaue Flecken,
Nasenbluten

Operationsbed.
Nachblutungen

Andere wichtige
Informationen

Stoffwechsel nein
 ja

Zuckerkrankheit,
Diabetes melitus

Insulin-pflichtig

Medikamente
oral

Schilddrüsen-
überfunktion

Schilddrüsen-
unterfunktion

Andere wichtige
Informationen

Infektionen nein
 ja

HIV Infektion

Apten

Herpes labiales

Herpes Zoster,
Gürtelrose

Andere wichtige
Informationen

Augen nein
 ja

Glaukom/
Grüner Star

Andere wichtige
Informationen

Skelettsystem nein
 ja

Kiefergelenk/
Nacken

Allg. Gelenk-
erkrankungen

Osteoporose

Andere wichtige
Informationen

Andere wichtige
Informationen

Leber nein
 ja

Hepatitis B

Hepatitis C

Andere Formen
von Gelbsucht

Andere wichtige
Informationen

Andere Erkrankungen / Besonderheiten nein
 ja

Tumorerkrankungen

Rheumatische
Erkrankungen

Transplantationen

Probleme mit
Vollnarkose

Andere wichtige
Informationen

**Nerven und
Gemüt** nein
 ja

Krampfanfälle
(z.B. Epilepsie)

Lähmungen

Morbus
Parkinson

Depressionen

Demenz

Angstzustände

Zahnarztangst

Andere wichtige
Informationen

**Regelmäßig
eingenommene
Medikamente** nein
 ja

**Blutgerinnungs-
hemmende
Medikamente** nein
 ja

(dauerhaft oder in
den letzten Tagen)

Aspirin /ASS

Clopidrogrel

Marcumar

Plavix

Brillique

Andere

Drogen nein
 ja

Welche

**Sind Sie
alkoholisiert?** nein
 ja

Rauchen nein
 ja

Durchschnittliche
Anzahl pro Tag

Sonstige Informationen

In Bezug auf meine Zähne ist mir besonders wichtig

In Bezug auf meine Praxisbesuche ist mir besonders wichtig

Ich bin zufrieden mit meiner Zahnfarbe (bitte bewerten Sie nach dem Schulnotenprinzip)

1

2

3

4

5

6

Schnarchen Sie oder eines Ihrer Familienmitglieder?

ja

nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Informationen zu unserer Bestellpraxis

Unser Ziel ist es, Ihnen eine umfassende und individuelle Beratung und Behandlung ohne lange Wartezeiten zu bieten. Daher arbeiten wir als sogenannte Bestellpraxis. Das bedeutet, dass wir Termine mit einem zeitlichen Vorlauf planen und die Dauer der Behandlung individuell abschätzen.

Sollten Sie trotzdem einmal warten müssen, bitten wir um Verständnis, denn selbst bei genauester Planung können Notfälle auftreten oder sich die Dauer einer Behandlung unvorhergesehen verlängern.

Wir bitten Sie daher, die vereinbarten Termine unbedingt einzuhalten oder uns spätestens 24 Stunden vorher telefonisch abzusagen. Bei nicht rechtzeitiger Absage behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Wenn Sie mit uns zufrieden sind, erzählen Sie es bitte Ihren Freunden und Verwandten.

Wenn Sie unzufrieden sind, erzählen Sie es bitte uns!

Bitte teilen Sie uns Änderungen bezüglich der von Ihnen getroffenen Angaben umgehend mit.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Braunschweig, den

Unterschrift

Patient/in

(bei minderjährigen Erziehungsberechtigte/r)