

# die zahnärzte

Dr. Schneider ■ Biesterfeldt & Kollegen

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.

Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Interaktive PDF, klicken Sie auf die grauen Felder um Ihre Daten einzugeben.

### Patientendaten

Name des Patienten:

geb. am:

Geburtsort:

Anschrift:

PLZ / Ort:

Name der Krankenkasse:

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Liegt ein Pflegegrad vor?

Telefon:

Fax:

Mobil:

Telefon Büro:

E-Mail-Adresse:

Beruf:

### Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an: ☐ Patient ☐ Versicherten

Versicherter:

geb. am:

Geburtsort:

Anschrift:

PLZ / Ort:

### Möchten Sie an Ihren nächsten Termin erinnert werden?

Ja, per SMS ☐ oder per Whatsapp ☐

Wichtige Hinweise zu Terminen und Kommunikation:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, möchten wir Sie darauf hinweisen, das bei unentschuldigtem Nichterscheinen zu einem vereinbarten Termin eine Ausfallgebühr in Höhe von 80 € anfällt. Falls Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, uns frühzeitig zu informieren.

Zudem kann es vorkommen, das wir Ihnen Kostenvoranschläge und Rechnungen per E-Mail oder Whats App zusenden.

Bitte informieren Sie uns, falls Sie eine andere Zustellungsform bevorzugen.

Für Fragen oder weitere Informationen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Die Seiten 3 und 4 sind nur für die Anamnese von Ihrem Kind gedacht.

# die zahnärzte

Dr. Schneider ■ Biesterfeldt & Kollegen

Patient:

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.

Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Interaktive PDF, klicken Sie auf die grauen Felder um Ihre Daten einzugeben.

### Ihr persönlicher Gesundheitscheck

- |                                               |                          |                          |
|-----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hoher Blutdruck                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niedriger Blutdruck                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankung                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stents                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschritmacher                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| künstliche Herzklappe                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ohnmachtsneigung                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gerinnungshemmer                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutungsneigung / Bluterkrankung              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung (Hepatitis)                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magen- / Darmerkrankung                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche?                              |                          |                          |
| Allergien                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche?                              |                          |                          |
| Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? |                          |                          |
| Sind Sie Raucher?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Für weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, in welchem Monat?                    |                          |                          |

### Sie sind uns wichtig Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

- |                                                               |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Starke Schmerzempfindlichkeit                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Starker Würgereiz                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst? |                          |                          |

### Beratungswunsch

- |                                  |                          |                          |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Professionelle Zahnreinigung     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Weißer Zähne (Bleaching)         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnfarbene Keramikfüllungen     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amalgamsanierung                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Implantate / Implantatversorgung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges                        |                          |                          |

Wir benötigen Ihre Gesundheitskarte einmal im Quartal, wenn Sie einen Termin bei uns hatten.  
Liefert sie uns bis Ende des laufenden Quartals nicht vor, erhalten Sie von uns eine Privatrechnung.

Ort, Datum und Unterschrift

Patient:

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.

Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Interaktive PDF, klicken Sie auf die grauen Felder um Ihre Daten einzugeben.

### Spezielle Anamnese Kind

Allergien?

☐ ☐

Wenn ja, welche?

Allergiepass

☐ ☐

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

☐ ☐

Wenn ja, welche und wogegen?

Nimmt Ihr Kind Fluoride?

☐ ☐

Wenn ja, welche?

### Sonstige Erkrankungen Kind

Ist Ihr Kind z. Zt. in ärztlicher Behandlung?

☐ ☐

Bei wem?

Warum?

Herzerkrankung / Herzfehler

☐ ☐

Diabetes

☐ ☐

ADHS / ADS

☐ ☐

Nierenerkrankung

☐ ☐

Gelbsucht

☐ ☐

Angstzustände

☐ ☐

Lunge / Asthma

☐ ☐

Blutgerinnungsstörung

☐ ☐

Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen?

☐ ☐

Wenn ja, welche?

### Ernährung / Essgewohnheiten Kind

Überwiegend süß

☐ ☐

Obst

☐ ☐

Fast Food

☐ ☐

Deftig

☐ ☐

Isst wenig

☐ ☐

Isst viel

☐ ☐

Unkontrolliertes Essen

☐ ☐

Fruchtsäfte

☐ ☐

Limonaden

☐ ☐

Mineralwasser

☐ ☐

Tee gesüßt

☐ ☐

Tee ungesüßt

☐ ☐

Bitte weiter auf Seite 4

# die zahnärzte

Dr. Schneider ■ Biesterfeldt & Kollegen

Patient:

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.

Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Interaktive PDF, klicken Sie auf die grauen Felder um Ihre Daten einzugeben.

### Zahnmedizinische Anamnese Kind

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten?

☐ ☐

Wenn ja, welche (z.B. Daumen)?

Schnuller

☐ ☐

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine?

☐ ☐

Handzahnbürste

☐ ☐

Elektrische Zahnbürste

☐ ☐

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag?

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

☐ ☐

Wenn ja, bei wem?

Sollen wir etwas bei der Behandlung Ihres

Kindes beachten?

Wir benötigen Ihre Gesundheitskarte einmal im Quartal, wenn Sie einen Termin bei uns hatten.

Liegt sie uns bis Ende des laufenden Quartals nicht vor, erhalten Sie von uns eine Privatrechnung.

Ort, Datum und Unterschrift