Dr. Nils Zimmermann

Zahnarzt

Drakestr. 32 - 12205 Berlin

030/89040540 - info@zahnarzt-drzimmermann.com

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.

Patientendaten

Name des Patienten:
geb. am:
Geburtsort: _____
Anschrift:

Name der Krankenkasse:

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:
Pflichtversichert? **ja [ ] nein [ ]**
Freiwillig versichert? **ja [ ] nein [ ]**
Privat zahnärztlich zusatzversichert? **ja [ ] nein [ ]**
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **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:

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden? **ja [ ] nein [ ]**

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. Nils Zimmermann

Zahnarzt

Drakestr. 32 - 12205 Berlin

030/89040540 - info@zahnarzt-drzimmermann.com

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.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja [ ]	nein [ ]
Hoher Blutdruck	ja [ ]	nein [ ]
Niedriger Blutdruck	ja [ ]	nein [ ]
Ohnmachtsneigung	ja [ ]	nein [ ]
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja [ ]	nein [ ]
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Augenerkrankung / Glaukom	ja [ ]	nein [ ]
Rheuma	ja [ ]	nein [ ]
Diabetes	ja [ ]	nein [ ]
Schilddrüsenerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja [ ]	nein [ ]
Magen- / Darmerkrankung	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 [ ]

Wenn ja, in welchem Monat?

_____

Dr. Nils Zimmermann

Zahnarzt

Drakestr. 32 - 12205 Berlin

030/89040540 - info@zahnarzt-drzimmermann.com

Patient: [illegible]

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja [ ]	nein [ ]
Zahnschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Zahnfleischbluten	ja [ ]	nein [ ]
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Kiefergelenkbeschwerden	ja [ ]	nein [ ]
Knirschen	ja [ ]	nein [ ]
Mundgeruch	ja [ ]	nein [ ]
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	ja [ ]	nein [ ]

Sonstiges

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja [ ]	nein [ ]
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja [ ]	nein [ ]
Starker Würgereiz	ja [ ]	nein [ ]

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Besitzen Sie ein Bonusheft ?	ja [ ]	nein [ ]
Nachweis der letzten Untersuchungen ohne Unterbrechung über 5 Jahre ?	ja [ ]	nein [ ]
Nachweis der letzten Untersuchungen ohne Unterbrechung über 10 Jahre ?	ja [ ]	nein [ ]
Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenbilder von Ihren Zähnen angefertigt ?	ja [ ]	nein [ ]

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	ja [ ]	nein [ ]
Weiße Zähne (Bleaching)	ja [ ]	nein [ ]
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja [ ]	nein [ ]
Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja [ ]	nein [ ]
Zahnersatzversorgung	ja [ ]	nein [ ]
Austestung verträgl. Füllungsmaterialien	ja [ ]	nein [ ]
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	ja [ ]	nein [ ]
Ernährungsfragen	ja [ ]	nein [ ]

Sonstiges

Dr. Nils Zimmermann
Zahnarzt
Drakestr. 32 - 12205 Berlin
030/89040540 - info@zahnarzt-drzimmermann.com

Patient: [illegible] [illegible]

Unterschrift _____