

ZAHNARZTPRAXIS

DR. H. GRIECO

DR. M. BRYLKA



Zahnärztinnen aus Leidenschaft

Liebe Patienten,

ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, **beide** Seiten dieses Bogens vollständig auszufüllen.

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell stillsteht, wenn Sie einen Termin nicht einhalten. Wir bitten Sie daher herzlich, Termine mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Nennen Sie uns auch Ihre Wünsche und teilen Sie uns mit, worauf Sie beim Zahnarzt besonderen Wert legen.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.

Vielen Dank!

Ihr Zahnlinge-Team

Grund Ihres Zahnarztbesuchs

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnlockerungen
- Zahnfleischbluten
- Fehlende Zähne
- Probleme mit Zahnersatz
- Neuer Zahnersatz
- Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne
- Kiefergelenksprobleme
- Zahnknirschen
- Sonstiges:

Patient

- Name:
- Vorname:
- Straße:
- PLZ/Ort:
- Geb.-Datum:
- Geb.-Ort:
- Beruf:
- Arbeitgeber:
- Krankenkasse:
- Hausarzt:
- Telefon privat:
- Handy:
- E-Mail:
- Telefon Arbeit:

Risikoabfrage

- Hatten Sie COVID-19-Kontakt?
 Nein Ja
- Haben Sie Urlaub in einem Risikogebiet gemacht?
 Nein Ja, und zwar in
- Hatten Sie einen Krankenhausaufenthalt?
 Nein Ja
- Sind Sie vollständig geimpft gegen Covid-19?
 Nein Ja

Wenn ein Covid-19 Fall in der Praxis bekannt werden sollte, werden personenbezogene Daten an das Gesundheitsamt weitergegeben

Ich habe dies zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

.....
Unterschrift

Versicherter (Eltern, Ehegatte)

- Name:
- Vorname:
- Straße:
- PLZ/Ort:
- Geb.-Datum:
- Geb.-Ort:
- Beruf:
- Arbeitgeber:
- Telefon privat:

Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Zum Basistarif privat versichert
- Beihilfeberechtigt
- Private Zusatzversicherung

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

Empfehlung durch (bitte Namen angeben)

Internet HNO Dr. Keimer Stadtspiegel

Sonstiges:

Liebe Patientin, Lieber Patient

Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie mehr als 140 Kilo wiegen.

Unsere Stühle haben eine Grenze in der Belastung.

Ich versichere, dass ich nicht mehr als 140 Kilo wiege.

.....
Unterschrift

Weiter auf Seite 2 >

**Zahnarztpraxis
Dr. med. dent. Monika Brylka
Dr. med. dent. Heike Grieco**

**Horster Str. 407a
45968 Gladbeck
Tel. 02043/969896
www.zahnlinge.de**

Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand

Krankheiten, Allergien und die Einnahme bestimmter Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren **Allergie-Pass** zu Ihrem ersten Termin mit. Falls Sie laufend oder zur Zeit **Medikamente** einnehmen, tragen Sie bitte auch diese unten ein.

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

Nein Ja, und zwar Eliquis Pradaxa
 Xarelto Marcumar Herz-ASS Sonstige:

Haben Sie Allergien?

Nein Ja, und zwar

Nehmen Sie Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose ein?

Nein Ja, und zwar

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

Nein Ja, und zwar

Rauchen Sie?

Nein Wenn Ja, wie viel pro Tag?

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Nein Wenn Ja, in welchem Monat?

Erkrankungen

Herz-Kreislaufkrankungen. Welche?

.....
 Herzklappenersatz
 Endokarditis
 Herzoperationen
 Herzschrittmacher
 Herzinfarkt
 Schlaganfall

Störungen der Blutgerinnung
 Autoimmunerkrankungen
 HIV
 Wundheilungsstörungen
 Diabetes (Zuckerkrankheit)
 Knochenmarkserkrankungen
 Schilddrüsenerkrankung
 Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens
 Osteoporose
 Tumorerkrankungen
 Frühere Parodontitis-Behandlung
 Drogenabhängigkeit

Asthma / Lungenkrankheit
 Nervenerkrankungen
 Depressionen / Psychosen
 Lebererkrankungen
 Nierenerkrankungen
 Epilepsie
 Magen-Darm-Erkrankungen
 Hepatitis. Welche?
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
 MRSA-Keim Infektion (Krankenhauskeim)
 Sonstige:

Prophylaxebehandlung

Wir empfehlen Ihnen zur gesunden Erhaltung Ihrer Zähne, eine regelmäßige professionelle Zahnreinigung durchführen zu lassen. Leider ist diese Behandlung keine Kassenleistung! Die Kosten pro Sitzung liegen zwischen 70 und 140 Euro bei Gesetzlich Versicherten. Über den Inhalt der Prophylaxebehandlung und den Umfang werden Sie von uns umfassend informiert. Wir bitten um rechtzeitige Terminabsage (mind. 48 Stunden), wenn Sie diesen nicht wahrnehmen können. Bei nicht rechtzeitiger Absage von 48h wird ein Ausfallhonorar (hälftige Kosten) in Rechnung gestellt.

Wir bitten um Ihr Verständnis.

Ich habe dies zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

.....
Unterschrift

Bestellpraxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir sind eine Bestell-Praxis und nehmen uns bei jedem individuellen Fall viel Zeit. Darum bitten wir Sie, sollten Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, frühzeitig (mind. 24 Stunden) vorher abzusagen und einen neuen Termin zu vereinbaren. Wir bitten um Ihr Verständnis!

Ich habe dies zur Kenntnis genommen.

.....
Unterschrift

Folgetermine

Auf Wunsch erinnern wir Sie regelmäßig an Ihre Termine.

Ich möchte an notwendige Termine und an die zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen erinnert werden

Wie möchten Sie erinnert werden?

per Email
 per SMS

Ihre Meinung ist uns wichtig! Teilnahme an einer kurzen Online-Umfrage.

Ich möchte helfen. (per Email)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Röntgenunterlagen verschlüsselt an Zahnarztkollegen versendet werden, sofern diese benötigt werden.

.....
Datum Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass Formulare wie z.B. Rechnungen per Email an mich versendet werden.

.....
Datum Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Eintragungen in meiner elektronischen Patientenakte vornehmen dürfen (Z.B. Bonusheft) und auch Einsicht (Medikationsplan, Notfalldatensatz) in meine elektronische Patientenakte haben.

.....
Datum Unterschrift

Ich bestätige die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

.....
Datum Unterschrift