

ZAHNARZTPRAXIS

DR. SCHAUBMAYR

LINDENSTRASSE 34

83395 FREILASSING

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Team der Zahnarztpraxis

Dr. Schaubmayr

Name: geb.:

Vorname: Tel:

Wohnort und Straße:

Name des Versicherten:

Krankenkasse bzw. private Versicherung:

Sind Sie freiwillig versichert: ja / nein

Beruf:

tagsüber telefonisch erreichbar:

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen
Versorgungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur
teilweise übernommen werden? Ja
..... Nein

Möchten Sie speziell über bestimmte Bereiche moderner Zahnheilkunde informiert werden? Ja
..... Nein

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden? Ja
..... Nein

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste, halbjährliche Kontrolluntersuchung erinnert zu werden? Ja
..... Nein

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Aufnahmebogen

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen und teilen Sie uns zukünftig Veränderungen mit.

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Behandlung? Ja / nein

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? /

Nehmen Sie Medikamente?(Wenn ja welche?) /

Besteht eine Kreislauferkrankung (z.B. Herzinfarkt, Bluthochdruck)? /

Allergien (z.B. gegen Medikamente, Betäubungsmittel)? /

Zuckerkrankheit (Diabetes)? /

Blutungsneigung? /

Hepatitis (Gelbsucht)? /

HIV (Aids)? /

Besteht eine Schwangerschaft? /

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen im Mund- oder
Kieferbereich angefertigt? /

Haben Sie Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke bzw. der
Kaumuskulatur? /

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Für Privatpatienten: Wir berechnen Privatleistungen mit dem 2,3 bis 3,5 fachen Satz. Bitte berücksichtigen Sie dies, falls Sie mit Ihrer Versicherung eine andere Abrechnungsbedingungen vereinbart haben.

Datum:

Unterschrift:

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, informieren Sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher. Andernfalls behalten wir uns vor, Praxisausfallzeiten in Rechnung stellen zu dürfen.

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder nach örtlichen Betäubungen für 1-6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Ihr Praxisteam

Dr. Schaubmayr

P.S. „Ein sauberer Zahn wird selten krank“