

# Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis

Dr. Saridakis, Dr. Bleis, Dr. Schulz-Fincke & Dr. Schröder (angest.)

Kanzleistr. 20 - 38300 Wolfenbüttel - Tel. 05331/29041 - FAX: 05331/298938

E-Mail: anmeldung@zahnaerzte-wolfenbuettel.de

Patient:

Seite 1

## 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 [ ]
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?

---

Sind Sie Raucher? ja [ ] nein [ ]  
Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

---

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja [ ] nein [ ]  
Wenn ja, in welchem Monat?

### Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja [ ]	nein [ ]
Zahnschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Zahnfleischbluten	ja [ ]	nein [ ]
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja [ ]	nein [ ]

# Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis

Dr. Saridakis, Dr. Bleis, Dr. Schulz-Fincke & Dr. Schröder (angest.)

Kanzleistr. 20 - 38300 Wolfenbüttel - Tel. 05331/29041 - FAX: 05331/298938  
E-Mail: anmeldung@zahnaerzte-wolfenbuettel.de

## 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 [ ]

Haben Sie eine private Zusatzversicherung ja [ ] nein [ ]

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? ja [ ] nein [ ]

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Standardtarif? ja [ ] nein [ ]

Basistarif? ja [ ] nein [ ]

Studentisch versichert? ja [ ] nein [ ]

Beihilfeberechtigt? 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: \_\_\_\_\_

### Weitere Angaben

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Anschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

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.

# Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis

*Dr. Saridakis, Dr. Bleis, Dr. Schulz-Fincke & Dr. Schröder (angest.)*

Kanzleistr. 20 - 38300 Wolfenbüttel - Tel. 05331/29041 - FAX: 05331/298938

E-Mail: anmeldung@zahnaerzte-wolfenbuettel.de

---

## Patient:

Kiefergelenkbeschwerden	ja [ <input type="checkbox"/> ]	nein [ <input type="checkbox"/> ]
Knirschen	ja [ <input type="checkbox"/> ]	nein [ <input type="checkbox"/> ]
Mundgeruch	ja [ <input type="checkbox"/> ]	nein [ <input type="checkbox"/> ]
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	ja [ <input type="checkbox"/> ]	nein [ <input type="checkbox"/> ]
Sonstiges		

---

## Sie sind uns wichtig

Bonusheft vorhanden? von wann bis wann? Bitte vorlegen!

---

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

---

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja [ <input type="checkbox"/> ]	nein [ <input type="checkbox"/> ]
Starker Würgereiz	ja [ <input type="checkbox"/> ]	nein [ <input type="checkbox"/> ]
Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?		

---

## Beratungswunsch

Sonstiges

---

Professionelle Zahnreinigung	ja [ <input type="checkbox"/> ]	nein [ <input type="checkbox"/> ]
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	ja [ <input type="checkbox"/> ]	nein [ <input type="checkbox"/> ]
Laserbehandlung	ja [ <input type="checkbox"/> ]	nein [ <input type="checkbox"/> ]
Implantate / Implantatversorgung	ja [ <input type="checkbox"/> ]	nein [ <input type="checkbox"/> ]

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_