



ZAHNÄRZTE ROTENBURG

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei evtl. Fragen helfen wir gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Zukünftige Änderungen bitten wir, uns umgehend mitzuteilen.

Name _____ Vorname _____ geb. _____

PLZ _____ Wohnort _____ Straße _____

Telefon _____ beruflich _____ mobil _____

E-Mail _____

Versicherung _____ Beihilfeberechtigt Freiwillig versichert
Standardtarif Basistarif
private Zusatzversicherung Bonusheft vorhanden

Versicherter _____ geb. _____

Ihr behandelnder Allgemeinarzt: _____

Ihr Hauptanliegen: _____

Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____

Wann wurde zuletzt eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt? _____

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen? Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?
Knackt Ihr Kiefergelenk b. Kauen o. Gähnen? Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne unzufrieden?
Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen?

Wünschen Sie eine besondere Beratung über hochwertige und dauerhafte Behandlungsformen, auch wenn sie nicht im Rahmen der Kassenversorgung sind:

amalgamfreie Behandlung hochwertige Füllungs-Therapie, Inlays
Implantate hochwertiger Zahnersatz
Parodontal-Behandlung Aufhellen natürlicher Zähne
Karies- und Parodontosevermeidung ästhetische Zahnheilkunde

Medizinische Befunderhebung - haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	Hepatitis (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche (HIV+)	<input type="checkbox"/>	Künstlicher Bluter (Marcumar, Aspirin 100)	<input type="checkbox"/>
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaft (.....Monat)	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>

Bestehen Allergien ja nein wenn ja, welche? _____
Haben Sie einen Allergie-Pass? ja nein

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher ? ja nein
2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein
3. Rauchen Sie? ja nein
4. Bestehen Suchtkrankheiten? ja nein
5. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ja nein
6. Sonstige Angaben/andere Krankheiten _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Empfehlung	<input type="checkbox"/>	Telefonbuch	<input type="checkbox"/>
Zeitung	<input type="checkbox"/>	Facebook	<input type="checkbox"/>
Google	<input type="checkbox"/>	Homepage	<input type="checkbox"/>
Jameda	<input type="checkbox"/>		
Außenwerbung	<input type="checkbox"/>		

Bitte vergessen Sie nicht im Fall einer Verhinderung uns mindestens 24 Stunden vorher zu benachrichtigen.

Bei einer Anästhesie ist die Fahrtüchtigkeit nicht mehr gewährleistet.

Die Erklärungen auf diesem Patientenbogen habe ich verstanden. Der Abschluss meines Behandlungsvertrages ist von meinen Angaben nicht abhängig. Ich bestätige, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt.

Vor der Einwilligung wurde ich darauf hingewiesen, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Einwilligung (auch teilweise) für die Zukunft, schriftlich widerrufen. Mir ist bekannt, dass mein Recht auf Löschung meiner Daten erst für die Zukunft besteht.

Mir wurde die Datenschutzerklärung der Dr. Jacobs MVZ GmbH zu Verfügung gestellt. Ich habe diese zur Kenntnis genommen und mich entschieden keine eigene Ausführung mitzunehmen. Mir wurde erklärt, dass ich die Datenschutzerklärung jederzeit in der Praxis und auf der Website der Praxis, einsehen kann.

Datum / Unterschrift: _____

Wenn es Ihnen bei uns gefallen hat, freuen wir uns sehr über eine Bewertung bei Google/Jameda.