



WHITE WAYS

ÄSTHETISCHE ZAHNHEILKUNDE MÜNCHEN

ANAMNESE- UND BERATUNGSBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

Gesundheit, ein strahlendes Lächeln und Vitalität sind das höchste Gut des Menschen.

Unser Ziel ist, Ihnen diese zu erhalten oder wiederherzustellen. Dafür benötigen wir Ihre Mitarbeit. Bitte füllen Sie diesen Beratungsbogen aus, so können wir uns Ihnen noch gezielter widmen und auf Ihre spezielle Situation eingehen.

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHES

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ, Ort

Telefon Tagsüber E-Mail

Beruf Arbeitgeber

VERSICHERUNG

Krankenkasse Versicherungsnummer

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung

Basistarif Beihilfe Pflegestufe/Eingliederungshilfe

Haben Sie eine Behinderung oder einen Pflegegrad ? ja nein

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ, Ort

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Besondere Wünsche bei der Beratung bzw. Behandlung?

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja, welche nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja, welche nein

Besteht bei Ihnen eine Allergie (z. B. auf Metalle, Medikamente)? ja, welche nein

LEIDEN SIE AN EINER DER UNTENSTEHENDEN AUFGEFÜHRTEN ERKRANKUNGEN?

- Herzschwäche
- Unregelmäßiger Herzschlag
- Zustand nach Herzinfarkt
- Zu hoher Blutdruck
- Zu niedriger Blutdruck/Ohnmacht
- Osteoporose
- Diabetes
- Magen- und Darmerkrankungen
- Herzschrittmacher
- Sonstige Erkrankungen: _____
- Hirnhautentzündung
- Zustand nach Schlaganfall
- Schilddrüsenerkrankung
- Leberentzündung/Hepatitis
- Epileptiforme Anfälle
- Tuberkulose
- HIV
- Erhöhte Blutungsneigung
- Nierenerkrankung

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? ja, welche? _____ nein

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt? ja, welche, wo? _____ nein

Dürfen wir diese telefonisch anfordern? ja nein

Sie haben einen Röntgenpass? ja nein

Falls ja, bitte jedes Röntgenbild eintragen lassen.

Unsere digitalen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis!

Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger? ja, welche SSW? _____ nein

Rauchen Sie? wenn ja, wie viele pro Tag? _____ nein

UNSER SERVICE FÜR SIE

Möchten Sie rechtzeitig an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? ja nein

halbjährlich jährlich per Telefon per E-Mail per SMS

Dieser Service ist natürlich für Sie kostenfrei und kann jederzeit widerrufen werden.

Datum

Unterschrift

VEREINBARUNG

Wir sind eine Bestellpraxis und sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Unser Anspruch ist es, für unsere Patienten immer ausreichend Zeit einzuplanen.

Sollten Sie Ihre geplanten Termine nicht wahrnehmen, ohne uns darüber mindestens 24 Stunden vorher zu informieren, können dadurch erhebliche finanzielle Einbußen durch Ausfallzeiten entstehen. Sollten wir in der vorgesehenen Behandlungszeit keine anderen Patienten behandeln können, sind wir berechtigt, Ihnen das Honorar für die im Behandlungstermin vorgesehenen Leistungen eine Ausfallentschädigung in Rechnung zu stellen.

Ich bin mit der oben genannten Regelung einverstanden.

Unterschrift Zahnarzt

Unterschrift Patient

AUFKLÄRUNG ÜBER DIE LOKALANÄSTHESIE

Die zahnärztliche Lokalanästhesie, auch örtliche Betäubung genannt, dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden.

Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind sehr selten mögliche Komplikationen nicht ausgeschlossen, wie z. B. ein kleines Hämatom, eine vorübergehende Nervbeeinträchtigung oder eine in Verbindung mit Stress und Angst herabgesetzte Verkehrstüchtigkeit.

Datum

Unterschrift Patient