

**Praxisklinik der Zahnheilkunde am Luisenhospital
Dr. med. dent. Martin Emmerich und Partner**

Boxgraben 99 - 52064 Aachen
Telefon: 0241 - 4007277 - Telefax: 0241 - 4007278

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um Sie optimal betreuen zu können,
benötigen wir einige Daten von Ihnen.

Name:	_____	Wenn sie nicht selbst Krankenversicherungs- Mitglied sind, wer ist der/die Versicherte
Vorname	_____	Name: _____
Geburtsdatum	_____	Vorname:: _____
Adresse:	_____ _____	Geburtsdatum: _____
Tel. Privat	_____	Tel. Mobil: _____
E-Mail:	_____ @ _____	
Beruf.	_____	Wer soll die Rechnung erhalten?
Arbeitgeber, Ort	_____ _____	Name: _____ Adresse: _____
Tel.Arbeitsplatz:	_____	
Krankenkasse : pflichtversichert:	Ja (<input type="checkbox"/>) / Nein (<input type="checkbox"/>)	Bei welcher Krankenkasse _____
Privatversichert :	Ja (<input type="checkbox"/>) / Nein (<input type="checkbox"/>)	Über welche Versicherung _____
Sind sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?		Ja(<input type="checkbox"/>) / Nein (<input type="checkbox"/>)
Haben Sie eine Zusatzversicherung für zahnärztliche Behandlung?		Ja (<input type="checkbox"/>) / Nein (<input type="checkbox"/>)
Wie möchten sie an den nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?	(<input type="checkbox"/>) E-Mail (<input type="checkbox"/>) SMS	

Wir bitten Sie Termine, die sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da ansonsten die durch ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können (gemäß §615 BGB).

Vorname / Nachname

Ort, Datum

Wir nehmen die individuellen Bedürfnisse unsere Patienten äußerst ernst.
Deshalb würden wir gerne wissen, was wir bei ihrer
Behandlung besonders berücksichtigen sollen.

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen JA () / NEIN ()
Starke Schmerzempfindlichkeit JA () / NEIN ()
Starker Würgeiz JA () / NEIN ()

Was haben Sie bei Ihren bisherigen Zahnarztbesuchen am meisten vermisst?

Durch wen oder was sind Sie auf uns aufmerksam geworden ?

Empfehlung durch Bekannten: () Name: _____
Überweisung durch Zahnarzt: () Name: _____
Überweisung durch Allgemeinmediziner: () Name: _____
Internet: () _____
Sonstiges: () _____

Welche Beratungswünsche haben Sie:

Parodontalerkrankung JA () / NEIN ()
Implantatversorgungen JA () / NEIN ()
Amalgamentfernung JA () / NEIN ()
Zahnfarbene Füllungen JA () / NEIN ()
Intensivreinigung der Zähne JA () / NEIN ()
Aufhellen der Zähne (Bleichen) JA () / NEIN ()
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln JA () / NEIN ()
Sonstiges: _____

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden? JA () / NEIN ()

Grund Ihres Besuches

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Alle Angaben unterstehen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Normale Kontrolluntersuchung: JA () / NEIN ()
Schmerzen: JA () / NEIN ()
Wenn ja, seit wann haben Sie Beschwerden: _____
Wo haben Sie Beschwerden: _____
Haben Sie Zahnfleischbluten? JA () / NEIN ()
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? JA () / NEIN ()
Sind Ihre Zähne gelockert? JA () / NEIN ()
Überweisung wegen einer Parodontalbehandlung? JA () / NEIN ()
Überweisung wegen einer Implantatbehandlung? JA () / NEIN ()
Haben Sie Reibegeräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? JA () / NEIN ()
Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen? JA () / NEIN ()
Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? JA () / NEIN ()
Überweisung wegen Kiefergelenksbeschwerden? JA () / NEIN ()

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Haben Sie Osteoporose? JA () / NEIN ()
Leiden Sie unter Epilepsie? JA () / NEIN ()
Leiden Sie an einer Lungenerkrankung / an Asthma? JA () / NEIN ()
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar)? JA () / NEIN ()
Haben Sie Diabetes? JA () / NEIN ()
Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? JA () / NEIN ()
Haben Sie künstliche Herzklappen / einen Herzschrittmacher? JA () / NEIN ()
Haben Sie eine Herzinsuffizienz oder eine andere Herzerkrankung? JA () / NEIN ()
Hatten einen Herzinfarkt oder Schlaganfall? JA () / NEIN ()
Leiden Sie unter Bluthochdruck? JA () / NEIN ()
Haben Sie niedrigen Blutdruck? JA () / NEIN ()
Haben Sie eine Lebererkrankung? JA () / NEIN ()

Haben Sie Hepatitis B oder C?	JA () / NEIN ()
Sind Sie HIV positiv oder haben Sie eine andere Immunschwäche?	JA () / NEIN ()
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	JA () / NEIN ()
Leiden Sie unter Rheuma?	JA () / NEIN ()
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	JA () / NEIN ()
Leiden Sie unter Migräne?	JA () / NEIN ()
Wurden Sie schon mal wegen einer Krebserkrankung behandelt?	JA () / NEIN ()
Haben Sie grünen Star?	JA () / NEIN ()
Haben Sie eine Prostataerkrankung?	JA () / NEIN ()
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe oder Medikamente? Wenn ja, welche: _____	JA () / NEIN ()
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche: _____	JA () / NEIN ()
Haben Sie einen Allergiepass?	JA () / NEIN ()
Sind Sie Raucher? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____	JA () / NEIN ()
Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche: _____	JA () / NEIN ()
Sind Sie schon mal im Kopfbereich geröntgt worden? Wann war die letzte Aufnahme: _____ Durch wen: _____	JA () / NEIN ()

Allgemeines:

Wir bitten Sie um Verständnis, dass alle nicht kassengetragenen Beträge unter 100,00 Euro direkt nach der Behandlung in bar oder mit EC-Karte zu entrichten sind. Die Rechnungen schicken wir über unser Rechnungszentrum " EOS Health AG" zu.

Sonderinformation: Es besteht die Möglichkeit der **zinsfreien Ratenzahlung (Mindestrate von 25 Euro/Monat) bis zu 12 Monaten** über unseren Abrechnungsservice EOS Health. Wenn Sie diesen Service in Anspruch nehmen möchten, wenden Sie sich bitte direkt an EOS Health (Tel.: +49 (0)40-2850-6000).

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Aachen, den

Unterschrift Patient