

ZAHNARZT ZOTZMANN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für eine fachgerechte und sichere Amalgam-Sanierung entschieden haben. Für eine erste und unverbindliche Einschätzung Ihrer Situation inkl. vorläufiger Kostenberechnung wäre es vorteilhaft, wenn Sie ein **Panorama-Röntgenbild (OPG)** Ihrer Zähne mitbringen könnten (bitte Ihren Hauszahnarzt danach fragen).

Ihre Erstuntersuchung ist kostenpflichtig und beinhaltet eine umfassende Befundaufnahme mit Besprechung der Ergebnisse. Auf dieser Basis erstellen wir einen detaillierter Diagnose- und Therapieplan incl. Kostenübersicht für Sie.

Entsprechend Ihrer individuellen Situation erfordert Ihre Erstberatung einen Zeitaufwand von etwa einer Dreiviertel bis zu einer Stunde. Die Kosten dafür belaufen sich auf ca. 250,00 Euro.

Falls wir bei Ihrer Untersuchung auf mögliche Störfelder wie tote Zähne oder Zysten im Kiefer stoßen, können weitere diagnostische Maßnahmen erforderlich werden, die zusätzliche Kosten verursachen. Mehr Informationen dazu finden Sie auf unserer Website www.biologische-zahnmedizin-balingen.de/neupatient.

Hiermit bestätige ich, dass ich umfassend und ausführlich über die oben genannte Leistungen und den damit verbundenen Kostenaufwand aufgeklärt worden bin, und meinerseits sämtliche Fragen beantwortet wurden.

(Datum)

(Unterschrift)

Falls Sie weitere Fragen haben, senden Sie uns bitte eine Email an info@zahnarzt-zotzmann.de oder rufen uns unter **+49 (0)7433 5811** an.

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: _____

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge,
um erneute Erkrankungen zu vermeiden? **ja** [] **nein** []

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert
werden? [] **telefonisch** [] **schriftlich**
[] **per E-Mail**

An welchen Wochentagen zu welcher Zeit möchten Sie am liebsten behandelt werden?

Wochentag: 1. _____

Zeit: 1. _____

2. _____

2. _____

3. _____

3. _____

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.

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?

Nehmen oder nahmen Sie Biophosphonate?	ja []	nein []
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	ja []	nein []
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	ja []	nein []
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	ja []	nein []
Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?	ja []	nein []

Wenn ja, bei welchen?

Sind Sie Raucher? ja [] nein []

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja [] nein []

Patient: Seite 2

Wenn ja, in welchem Monat?

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja []	nein []
Benötigter Zahnersatz/Implantate	ja []	nein []
Zahnschmerzen	ja []	nein []
Zahnfleischbluten	ja []	nein []
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja []	nein []
Kiefergelenkbeschwerden	ja []	nein []
Knirschen	ja []	nein []
Mundgeruch	ja []	nein []
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	ja []	nein []
Sonstiges		

Zweite Meinung ja [] nein []

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja []	nein []
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja []	nein []
Starker Würgereiz	ja []	nein []
Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?		

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	ja []	nein []
Weißer Zähne (Bleaching)	ja []	nein []
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja []	nein []
Veneers	ja []	nein []
Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja []	nein []
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	ja []	nein []
Ernährungsfragen	ja []	nein []
Laserbehandlung	ja []	nein []
"Feste Zähne an einem Tag"	ja []	nein []
Implantate / Implantatversorgung	ja []	nein []
Knochenaufbau	ja []	nein []
Sonstiges		

ZAHNARZT ZOTZMANN

Patient:

Seite 3

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 _____