

Dr. Helmut Kesler & Christianne Verdenhalven

Zahnärzte

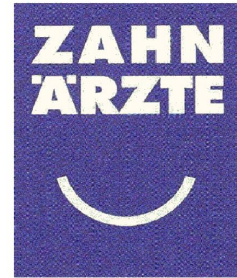
Gutachstr. 18, 13469 Berlin

Telefon: 030 - 403 90 90 Fax: 030 - 403 90 940 E-Mail: drkesler-Verdenhalven@gmx.de

Sprechzeiten: Montag, Dienstag und Donnerstag von 9 - 12 und 15- 18 Uhr
Mittwoch und Freitag von 9 - 15 Uhr

und nach Vereinbarung

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS



Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. 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** []

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.

Dr. Helmut Kesler & Christianne Verdenhalven

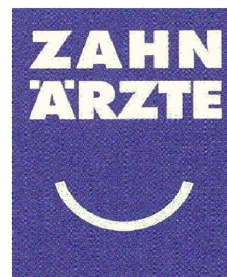
Zahnärzte

Gutachstr. 18, 13469 Berlin

Telefon: 030 - 403 90 90 Fax: 030 - 403 90 940 E-Mail: drkesler-Verdenhalven@gmx.de

Sprechzeiten: Montag, Dienstag und Donnerstag von 9 - 12 und 15- 18 Uhr
Mittwoch und Freitag von 9 - 15 Uhr

und nach Vereinbarung



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen ?

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ? ja [] nein []

Warum ?

Ggf. die Adresse/Telefonnummer des Arztes

Welche Medikamente müssen Sie regelmäßig einnehmen ?

Bestehen Allergien gegen Materialien oder Medikamente ?

Sind Sie Raucher? ja [] nein []

besteht Zahnfleischbluten? ja [] nein []

Knirschen ja [] nein []

Leiden Sie unter Mundgeruch ? ja [] nein []

Erkrankungen

Hatten Sie einen Schlaganfall? ja [] nein []

Lungenerkrankung / Asthma? ja [] nein []

Herzschwäche ? ja [] nein []

Unregelmäßiger Herzschlag ? ja [] nein []

Herzschrötmacher ? ja [] nein []

Herzklappenersatz ? ja [] nein []

Herzpass ? ja [] nein []

Zu hoher Blutdruck ? ja [] nein []

Zu niedriger Blutdruck ? ja [] nein []

Hatten Sie einen Herzinfarkt ? ja [] nein []

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja [] nein []

Sind sonstige Herz-Kreislaufkrankungen bekannt ?

Gelbsucht (Hepatitis) ? ja [] nein []

Tuberkulose ? ja [] nein []

HIV ? ja [] nein []

Sind sonstige Infektionskrankheiten bekannt ?

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel ? ja [] nein []

Patient: _____

Seite 2

Leiden Sie unter erhöhter Blutungsneigung ja [] nein []
Haben Sie einen erhöhten Augendruck ? ja [] nein []
Sind Sie Epileptiker ? ja [] nein []
Haben Sie Osteoporose ? ja [] nein []
Haben Sie Rheuma ? ja [] nein []
Sind Sie Diabetiker ? ja [] nein []
Liegen sonstige Erkrankungen vor ?

Krebserkrankung? ja [] nein []

Sie sind uns wichtig

Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden? (ggf. bitte erläutern)

Mit Amalgamfüllungen bin ich auch weiterhin einverstanden ja [] nein []

Es besteht eine starke Schmerzempfindlichkeit ? ja [] nein []

Ich habe einen starken Würgereiz ja [] nein []

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Möchten Sie am Recall teilnehmen? (ein Terminerinnerungsservice unsererseits) ja [] nein []

Ich möchte mehr wissen über:

Implantate / Implantatversorgung ja [] nein []

Kieferorthopädie ja [] nein []

Narkosebehandlung ja [] nein []

Zahnersatzberatung ja [] nein []

Angstbehandlung ja [] nein []

Kiefergelenksbeschwerden ja [] nein []

"Weiße Füllungen" (Komposit, Kunststoff) ja [] nein []

"Weiße Zähne" (Bleaching, Zahnaufhellung) ja [] nein []

Zahnschmuck ja [] nein []

Professionelle Zahnreinigung ja [] nein []

Sonstige Wünsche:

Weitergabe von Informationen / Dokumenten

Wer darf bis auf Ihren ausdrücklichen und schriftlichen Widerruf von Seiten der Praxis mündliche bzw. schriftliche Auskunft bzw. Dokumente von uns bekommen?

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.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes, sie werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Es kann bei einigen Behandlungen vorkommen, dass wir Sie an Fachkollegen zur Therapieberatung oder auch Weiterbehandlung überweisen - mit Ihrer Unterschrift unter diesem Anamnesenbogen willigen Sie bitte ein, dass wir mit den Fachkollegen Röntgenaufnahmen und Arztbriefe ggf. per Mail austauschen dürfen.

Hinweis

..zu oft werden Termine leider nicht eingehalten oder sehr kurzfristig abgesagt - was für uns Ausfallzeit bedeutet, in der wir auch dringende Behandlungen durchführen könnten, wenn wir rechtzeitig - d. h. mindestens am davorliegenden Arbeitstag - informiert würden...

Daher bitten wir Sie, Termine - die Sie nicht einhalten können - entsprechend rechtzeitig zu verschieben d. h. 24 Stunden vor dem Termin - da wir die versäumte Zeit sonst mit 50 € je angefangene halbe Stunde Ihres behandelnden Zahnarztes, bzw. mit 25 € je angefangene halbe Stunde Ihrer Prophylaxeassistentin in Rechnung stellen werden.

Zur Kenntnis genommen mit der folgenden Unterschrift:

Berlin,

Datum Unterschrift _____