

# Dr.med.dent. Christian Bittner

## Zahnarzt

Hinter dem Salze10 - 38259 Salzgitter - Tel. 05341/32877 - FAX:05341/35072

E-Mail: praxis@zahn-sz.de

### HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahn-/medizinischen 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: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert **ja** [  ] **nein** [  ]

Freiwillig versichert **ja** [  ] **nein** [  ]

Haben Sie eine privat 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 diese 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** [  ] **per SMS**  
[  ] **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.

# Dr.med.dent. Christian Bittner

## Zahnarzt

Hinter dem Salze10 - 38259 Salzgitter - Tel. 05341/32877 - FAX:05341/35072

E-Mail: praxis@zahn-sz.de

Patient: \_\_\_\_\_

Seite 1

### HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahn-/medizinischen 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

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 [ ]
Wundheilungsstörung	ja [ ]	nein [ ]
Rheuma	ja [ ]	nein [ ]
Diabetes	ja [ ]	nein [ ]
Schilddrüsenerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja [ ]	nein [ ]
HIV	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?

---

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, bei welchen?

---

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

weitere Medikamente:

---

Sind Sie Raucher? ja [ ] nein [ ]

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

Wenn ja, in welchem Monat?

---

# Dr.med.dent. Christian Bittner

## Zahnarzt

Hinter dem Salze10 - 38259 Salzgitter - Tel. 05341/32877 - FAX:05341/35072  
E-Mail: praxis@zahn-sz.de

**Patient:** \_\_\_\_\_

### Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja [ ]	nein [ ]
Zahnschmerzen /Akutbehandlung	ja [ ]	nein [ ]
Zahnfleischbluten	ja [ ]	nein [ ]
Mundgeruch	ja [ ]	nein [ ]
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja [ ]	nein [ ]
Kiefergelenkbeschwerden	ja [ ]	nein [ ]
Knirschen	ja [ ]	nein [ ]
Sonstiges		

---

### Sie sind uns wichtig

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

---

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

---

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

---

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja [ ]	nein [ ]
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja [ ]	nein [ ]
Starker Würgereiz	ja [ ]	nein [ ]

### Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	ja [ ]	nein [ ]
Hypnosebehandlung	ja [ ]	nein [ ]
Weißer Zähne (Bleaching)	ja [ ]	nein [ ]
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja [ ]	nein [ ]
Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja [ ]	nein [ ]
Kieferorthopädische Behandlung	ja [ ]	nein [ ]
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	ja [ ]	nein [ ]
Ernährungsfragen	ja [ ]	nein [ ]
Implantate / Implantatversorgung	ja [ ]	nein [ ]
Sonstiges	ja [ ]	nein [ ]

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. Nicht einhaltbare Termine sagen Sie bitte rechtzeitig, mindestens aber 24 Std. vorher, ab. Ansonsten halten wir uns das Recht vor, die nicht eingehaltene Praxiszeit mit 120 Euro je Stunde in Rechnung zu stellen.

Datum 19.11.2009 Unterschrift \_\_\_\_\_