



ZAHNARZTPRAXIS
DR. MARKUS SCHULZ

Aegidiistr. 14
48143 Münster

Tel: 0251 / 441 55
Fax: 0251 / 484 02 80

info@praxis-schulz.de
www.praxis-schulz.de

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Aufnahme in unserer Patientenkartei bitten wir Sie um folgende Angaben:

Patient Herr/Frau/Kind	_____	_____	_____
	(Name)	(Vorname)	Geburtsdatum
Mitglied (falls familienversichert)	_____	_____	_____
	(Name)	(Vorname)	Geburtsdatum
Anschrift	_____		_____
	(Straße / Hausnummer)		Telefonnummer
	_____		_____
	(PLZ / Ort)		Telefonnummer mobil
Krankenkasse/ Versicherung	_____		
Beruf	_____	E-Mail	_____
Arbeitgeber	_____		
			Telefonnummern dienstlich

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Ja, durch _____ Nein

Möchten Sie von uns schriftlich (per E-Mail) an die halbjährlich empfohlene [Routinediagnostik](#) erinnert werden?

Ja Nein

(Dieses Schreiben ist für Sie unverbindlich! Sollte die Post aufgrund einer uns nicht mitgeteilten Adressänderung zurückkommen, werden die Erinnerungsschreiben eingestellt! Bitte teilen Sie uns mit, sobald Sie nicht mehr erinnert werden möchten!)

Für Kassenpatienten:

Wir brauchen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem ersten Besuch im neuen Quartal. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatienten betrachten und die Behandlung privat in Rechnung stellen.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Bedenken Sie aber bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, vorher von uns nicht eingeplant werden können und in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es für Sie trotz Terminvereinbarung manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Außerdem möchten wir Sie bitten, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung privat in Rechnung zu stellen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis

Datum

Unterschrift

Anamnesefragebogen

Da bestimmte Krankheiten bei der Behandlung unbedingt berücksichtigt werden müssen um unnötige Komplikationen zu vermeiden, bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse die folgenden Fragen vollständig zu beantworten. Teilen Sie uns eventuelle **Veränderungen** bitte vor einer Behandlung mit!

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Zutreffende Beispiele bitte unterstreichen!

- Haben Sie eine Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, HIV, TBC)? Ja Nein
- Haben Sie Probleme mit der Blutgerinnung? Ja Nein
- Nehmen Sie ein Mittel, welches die Blutgerinnung hemmt?
z. B. Marcumar, Sintrom, ASS Ja Nein
- Haben Sie einen Herzschrittmacher, Bypass oder eine Herzklappenprothese? Ja Nein
- Haben Sie Allergien? Ja, auf _____ Nein
- Nehmen Sie sonstige Medikamente regelmäßig ein?
 Ja, welche? _____ Nein
(ggf. können Sie uns auch gerne eine Medikamentenliste beim nächsten Termin einreichen)

Leiden Sie unter Erkrankungen in folgenden Bereichen:

- Herz-Kreislauf-System (z. B. hoher / niedriger Blutdruck) ? Ja Nein
- Atmungssystem (z. B. Asthma) ? Ja Nein
- Magen- und Darmerkrankungen? Ja Nein
- Stoffwechselerkrankungen? z. B. Diabetes, Schilddrüsenüber- / unterfunktion Ja Nein
- Nieren- oder Harnblasenerkrankungen? Ja Nein
- Zentralnervensystem (z. B. Neuralgien, Epilepsie) ? Ja Nein
- Psychische Probleme (Therapie) ? Ja Nein
- Rheumatische Erkrankungen? Ja Nein
- Kopf- und Gesichtsschmerz? Ja Nein

Sonstiges:

- Hatten Sie in letzter Zeit einen Krankenhausaufenthalt?
 Ja, wann? _____ Nein
- Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
- Reagieren Sie auf Anästhesien mit Kreislaufbeschwerden oder Übelkeit? Ja Nein
- Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen? Ja Nein
- Wann wurden zuletzt Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne / Ihres Kiefers gemacht? _____
- Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?
 Ja, wegen? _____ Nein

Vielen Dank !

Ihr Praxisteam