

Walter Seggelke

Zahnarzt

Lindener Str. 59 38300 Wolfenbüttel

Fernspr.: 05331/6 11 30 - E-Post: W.Seggelke@zahnarzt-wf.de

28.09.2021

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 []

Privat zahnärztlich zusatzversichert? ja [] nein []

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? 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:

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.

Walter Seggelke

Zahnarzt

Lindener Str. 59 38300 Wolfenbüttel

Fernspr.: 05331/ 6 11 30 - E-Post: W.Seggelke@zahnarzt-wf.de

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?

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 []

Wenn ja, in welchem Monat?

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung ja [] nein []

Walter Seggelke

Zahnarzt

Lindener Str. 59 38300 Wolfenbüttel

Fernspr.: 05331/ 6 11 30 - E-Post: W.Seggelke@zahnarzt-wf.de

Patient:

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

Die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen	ja []	nein []
Professionelle Zahnreinigung	ja []	nein []
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja []	nein []
Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja []	nein []
Implantate / Implantatversorgung	ja []	nein []
Sonstiges		

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 28.09.2011 Unterschrift _____