

Bitte deutlich lesbar ausfüllen. Bei Fragen helfen Ihnen unsere Mitarbeiterinnen der Rezeption.

Name (Patient)	Vorname	Geburtsdatum
----------------	---------	--------------

Name (Versicherter)	Vorname	Geburtsdatum
---------------------	---------	--------------

PLZ und Ort	Straße, Nr.
-------------	-------------

Telefon privat	Mobil-Nummer	Email
----------------	--------------	-------

Telefon dienstlich	Beruf
--------------------	-------

Name der Gesetzlichen Krankenkasse	freiwillig versichert	ja	nein	Zusatzversicherung	ja	nein
------------------------------------	-----------------------	----	------	--------------------	----	------

Name der Privaten Krankenversicherung	Basistarif	ja	nein	beihilfeberechtigt	ja	nein
---------------------------------------	------------	----	------	--------------------	----	------

Was ist Ihr Behandlungswunsch und Ihr Hauptanliegen?

Mein Behandlungswunsch: _____

- Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
- Internet (Suchprogramme, z. Bsp. google),
 - Internetbewertungsportale (jameda, Zahnarzttempfhlung)
 - Gelbe Seiten/ Wegweiser aktuell Hohenschönhausen
 - Praxisschild am Ärztehaus
 - Zentrale Rezeption des Ärztehauses
 - Überweisung durch andere Ärzte
 - Auf Empfehlung / durch wen? _____

Möchte Sie über folgende Themen ausführlicher informiert werden? (Bitte ankreuzen)

- | | | | |
|--|-----------------------|--|-----------------------|
| Amalgam-Sanierung | <input type="radio"/> | Zahnfarbene Keramikeinlagefüllungen / Inlays / CEREC | <input type="radio"/> |
| Parodontitis-Behandlung | <input type="radio"/> | Implantat-Versorgung | |
| Ästhetische Zahnheilkunde | <input type="radio"/> | Minimalinvasive Versorgung | |
| Hochwertiger Zahnersatz | <input type="radio"/> | Chirurgische Versorgung | |
| Professionelle Zahnreinigung / Airflow / | <input type="radio"/> | Lasertherapie | |

Als Serviceleistung bietet die Praxis von Dr. Brussig ein für den Patienten kostenfreies Recall (Erinnerungssystem für Termine, Routineuntersuchungen, u.ä.) zur Entlastung der Patienten an.

Bitte beachten Sie folgenden Hinweis:

Wir behalten uns auf gesetzlicher Grundlage vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (rechtzeitig bedeutet, mind. 24 Stunden vor Behandlungsbeginn und während der offiziellen Praxissprechzeit) in Rechnung zu stellen, es sei denn, das Nichterscheinen ist wie bei höherer Gewalt unverschuldet (siehe Gesetzgebung).

Datum / Unterschrift**AUF DER RÜCKSEITE GEHT ES WEITER ! ----->**

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG:

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Krankheit? _____

IHR HAUSARZT / FACHARZT:

Name, Telefon-Nr.: _____

MEDIKAMENTE:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

ALLERGIEN:

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Besteht bei Ihnen der Verdacht auf Überempfindlichkeiten? Ja Nein

Gegen welche Materialien und / oder Medikamente? _____

HERZKRANKHEITEN:

Herzschwäche (Insuffizienz)? Ja Nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Ja Nein

Herzasthma, Angina pectoris? Ja Nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? Ja Nein

Sonstiges: _____

KREISLAUFERKRANKUNGEN:

Zu hoher Blutdruck? Ja Nein O

Zu niedriger Blutdruck? Ja Nein O

Zustand nach Herzinfarkt? Ja Nein O

Sonstiges: _____

SUCHTERKRANKUNGEN:

Sind Sie drogen-, medikamenten- und/oder alkoholabhängig? Ja Nein

Wenn ja, wo von? _____

RAUCHGEWOHNHEITEN:

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viel täglich? _____

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN:

Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja Nein

Magen-Darmerkrankungen? Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein

Sonstiges: _____

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS:

Epileptische Anfälle oder andere Krampfleiden? Ja Nein

Sonstiges: _____

BLUTERKRANKUNGEN / GERINNUNGSSTÖRUNGEN:

Blutungsneigung (Hämophilie)? Ja Nein

Blutarmut (Anämie)? Ja Nein

Nehmen Sie „Blutverdünner“ wie Marcumar, Heparin, Falithrom, ASS, o.ä.? Ja Nein

Sonstiges: _____

INFEKTIONSERKRANKUNGEN:

Leberentzündung /Gelbsucht (Hepatitis [A/B/C])? Ja Nein

Tuberkulose? Ja Nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege? Ja Nein

Wurde bei Ihnen ein HIV-/ AIDS-Test durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis? _____

Sonstiges: _____

RÖNTGEN:

Wurden im letzten Jahr Rö-Aufnahmen im Zahn-, Kiefer-, oder Kopfbereich angefertigt? Ja Nein

Wenn ja, wann und wo? _____

Psychische Erkrankungen:

Leiden Sie an Depressionen, Burnout, o.ä.? Ja Nein

Sonstiges: _____

FÜR UNSERE WEIBLICHEN PATIENTEN:

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, welcher Monat? _____

Vielen Dank für Ihre Mühe. Bitte teilen Sie uns Änderungen bezüglich der obigen Angaben umgehend mit.

Datum / Unterschrift