

Liebe Patientin, lieber Patient,  
wir freuen uns sehr, Sie bei VOLL DENT begrüßen zu dürfen. Damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie folgende Fragen zu beantworten.  
Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## PERSÖNLICHES

-----  
Name | Vorname

-----  
Straße

-----  
Telefon Festnetz

-----  
E-Mail

-----  
Geburtsdatum

-----  
PLZ | Ort

-----  
Telefon Mobil

-----  
Beruf | Arbeitgeber

Bitte erinnern Sie mich an meinen nächsten Termin per E-Mail

ja

nein

Bitte erinnern Sie mich an die halbjährlich Vorsorge per E-Mail

ja

nein

## VERSICHERUNG

-----  
Krankenkasse

Gesetzlich versichert     Zusatzversicherung     Privat versichert     Beihilfe     Basistarif

## WIE WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM?

Persönliche Empfehlung

Im Vorbeigehen

Internet

Sonstiges -----

## ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN

-----  
Name und Adresse des Hausarzt

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck         | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck      |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall            | <input type="checkbox"/> Diabetes                 |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung  | <input type="checkbox"/> Epilepsie                |
| <input type="checkbox"/> Asthma                  | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Osteoporose              |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung   |   |

Augenerkrankung

Wenn ja, welche

-----

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Herz- Kreislauferkrankungen

Wenn ja, welche

-----

Sonstige Erkrankungen:

-----

Infektionskrankheiten

HIV

Hepatitis

Tuberkulose

Nehmen Sie Medikamente?

Marcumar

ASS

Cortison

Bisphosphonat

Sonstige Medikamente:

-----

Allergien

Wenn ja, welche

-----

Rauchen Sie?

Sind Sie schwanger?

## MUNDGESUNDHEITSFRAGEN

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?

-----  
Haben Sie ein bestimmtes Anliegen? Zutreffendes bitte ankreuzen

- Vorsorgeuntersuchung
- Beratung | Zweite Meinung
- Schmerzbehandlung
- Neuer Zahnersatz
- Zahnfleischbluten | Zahnfleischrückgang
- Geräusche im Kiefergelenk
- Schmerzen am Kopf | Nacken
- Zahnstellung | Zahnform | Zahnfarbe
- Schnarchen

### Aufklärung zahnärztliche Betäubung

Liebe Patientin, lieber Patient,

Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung wird häufig eine Betäubung von Zahn, Zahnfleisch und/oder Knochen notwendig. Dabei sind folgende seltene Komplikationen nicht auszuschließen:

1. irreversible Nervschädigung, die zu bleibendem Taubheitsgefühl führt
2. reversible Reizung des Nerven
3. versehentliche Injektion des Medikamentes in Blutgefäße
4. Bildung von Hämatomen durch Blutungen in Gewebe
5. Unverträglichkeiten gegenüber dem Anästhetikum
6. Kanülenfraktur

-----  
Unsere Praxis nutzt den Service eines Factoring- Unternehmens, welches Verwaltungsaufgaben und Abrechnungsdienste für uns übernimmt. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der kostenfreien Ratenzahlung an.

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis und versuchen stets, die Wartezeit so gering wie möglich zu halten. Sollten Sie Ihrerseits einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie diesen möglichst 24h vorher abzusagen. Unentschuldigte Ausfallzeiten werden nach §§ 304, 615 BGB, 611 BGB berechnet. Die Gebührenhöhe des Ausfallhonorars beträgt 35 Euro je halbe Stunde.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

-----  
Ort | Datum

-----  
Unterschrift Patient\*in oder gesetzlicher Vertreter\*in