

# Herzlich willkommen!

## Dürfen wir uns kurz vorstellen?

- Wir sind eine Praxis mit 5 Zahnärzten; Bilder von unserem Team finden Sie an der Wartezimmerwand und auf unserer Homepage.
- Wir vergeben Termine von 7<sup>30</sup> bis 19 Uhr.
- Auch Mittwoch- und Freitagnachmittags und in den Ferien geöffnet.
- Eigenes Meisterlabor und eine Prophylaxeabteilung.
- Modernes Bestellsystem, um Wartezeiten zu minimieren.

Bitte füllen Sie nun diesen Fragebogen in Ruhe aus. Die Angaben helfen uns, unsere Behandlung besser auf Sie und eventuelle Besonderheiten abzustimmen.

Wegen kurzfristiger Terminabsprachen bitten wir um genaue Angaben zu Ihrer telefonischen Erreichbarkeit (insbesondere tagsüber/ Handy).

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

<u>Einige Fragen zu Ihrer Person</u>	<u>Und wie steht's mit Ihrer Gesundheit?</u>										
<b>Patient:</b>	Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen ? _____										
Name _____ Vorname _____	Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/>										
Geburtsdatum _____ PLZ , Wohnort _____	Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? _____										
Straße , Hausnummer _____	Traten bei Ihnen jemals Probleme nach zahnärztlichen Betäubungen auf? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein										
Telefon: Privat _____ Handy _____ beruflich _____	Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen:										
_____ @ _____	<table><thead><tr><th>JA</th><th>NEIN</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Herzerkrankung</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Osteoporose</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Krebsleiden</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	JA	NEIN	<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Krebsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>
JA	NEIN										
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/> Krebsleiden	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>										
Bonusheft vorhanden? <input type="checkbox"/> vollständig? <input type="checkbox"/>	<b>↘ bitte Rückseite ausfüllen!</b>										
Basistarif ? <input type="checkbox"/> Beihilfe ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zu hoher oder <input type="checkbox"/>										
Zusatzversicherung ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zu niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/>										
<b>Versicherter:</b>	<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/>										
Name _____ Vorname _____	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden / Epilepsie <input type="checkbox"/>										
Geburtsdatum _____ PLZ , Wohnort _____	<input type="checkbox"/> Allergien gegen <input type="checkbox"/>										
Straße , Hausnummer _____	<input type="checkbox"/> AIDS ( HIV positiv ) <input type="checkbox"/>										
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?	<input type="checkbox"/> Schnarchen / Schlafstörungen <input type="checkbox"/>										
Empfehlung durch _____	<input type="checkbox"/> andere Krankheiten <input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/> Homepage <input type="checkbox"/> Suchmaschine	_____										
<input type="checkbox"/> Praxisschild <input type="checkbox"/> Zeitung	_____										

## Zu guter Letzt :

Ich bin damit einverstanden, an die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen erinnert zu werden. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, meine Krankenversichertenkarte binnen 10 Tagen nach der Behandlung vorzulegen. Andernfalls werden mir die erbrachten Leistungen privat berechnet. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Behandlungsunterlagen allen Ärzten der Praxisgemeinschaft Dr. Bublitz und Partner zugänglich sein werden. Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.

Datum : \_\_\_\_\_ Unterschrift : \_\_\_\_\_

# Zusatzfragebogen

Bestimmte Vorerkrankungen (bzw. die aus diesem Grund verordneten Medikamente) bedürfen in der Zahnarztpraxis besonderer Aufmerksamkeit.

- Medikamente gegen Osteoporose
- Medikamente während oder nach einer Tumorerkrankung
- Blutverdünnende Medikamente
- Erkrankungen die einen besonderen Schutz der Herzklappen erfordern (sog. Endocarditisprophylaxe)

## Behandelnder Arzt:

---

### Osteoporosebehandlung

Ich bekomme /habe bekommen Medikamente gegen **Osteoporose**

Tabletten  
Actonel®, Afinito®, Alendron HEXAL®, Alendron beta®, Beta®, Bonefos®, Bondronat®, Bonviva®, Certican®, ClondronHEXAL®, Didronel®, Diphos®, Etidronat®, EtidronHEXAL®, Fosamax®, Fosavance®, Nexavar®, Ostac®, Tevanate®, Skelid®, Sutent®, Votrient®, Zortress®

täglich       wöchentlich       monatlich       jährlich

als Spritze oder Infusion, wenn ja, wie oft ? \_\_\_\_\_

Ich bekomme Medikamente zur **Blutverdünnung**

aufgrund folgender Erkrankung: \_\_\_\_\_

Tabletten  
z.B. Marcumar®, ASS100®, Plavix®, Pradaxa®, Xarelto®, Efixent®, Rocornal®, Trapidil®, Tiklyd®, Desiticlopidin®,

als Spritze oder Infusion (z.B. Heparin®, Clexane®)

Ich bekomme oder habe bekommen Medikamente im Rahmen einer **Krebstherapie**  
(insbesondere Prostata- oder Brustkrebs, Multiples Myelom)

aufgrund folgender Erkrankung: \_\_\_\_\_

Wann war die Behandlung?: \_\_\_\_\_

Ich habe eine **Herzerkrankung**, die die Einnahme eines Antibiotikums vor zahnärztlichen Eingriffen /einer Prophylaxebehandlung erfordert (Herzklappenersatz –insuffizienz, bereits abgelaufene Endocarditis, sowie einige Arten von Herzfehlern, Herzoperationen)

aufgrund folgender Erkrankung: \_\_\_\_\_