

BERIT BUSCHING
ZAHNÄRZTIN

BUTJADINGER STR. 326
26125 OLDENBURG
TEL 0441 - 39538

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Schön, dass Sie bei uns sind!

Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Bitte teilen Sie uns zukünftige Änderungen umgehend mit. Dies ist wichtig für eine optimale Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

IHRE PERSÖNLICHEN DATEN

Name

Vorname

Geburtsdatum und -ort

Straße

PLZ und Ort

E-Mail

Beruf

Telefon

MITVERSICHERT BEI

Name

Vorname

Geburtsdatum und -ort

Straße

PLZ und Ort

E-Mail

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Von welchem Zahnarzt wurden Sie zuletzt betreut? _____

IHRE VERSICHERUNG

Name der Krankenversicherung: _____

Gesetzlich krankenversichert

Zahnzusatzversicherung: ja nein

Manche Versicherungen übernehmen die Kosten für einige Behandlungsmethoden und Materialien nur teilweise. Wir informieren Sie rechtzeitig über Umfang und Kosten der Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Versicherung übernommen werden.

Privat krankenversichert

Beihilfeberechtigt: ja nein

Aufgrund der Vielfalt an Tarifen und Erstattungsmodalitäten können wir eine vollständige Übernahme Ihrer Behandlungskosten durch Ihre private Versicherung nicht immer garantieren.

Liegt eine Pflegestufe vor? ja nein

GRUND FÜR IHREN BESUCH

Was ist der Grund für Ihren Zahnarztbesuch?

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Beratung
- Implantate

- Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang
- Professionelle Zahnreinigung
- Kiefergelenksbeschwerden/Knirschen
- Bleaching/Zahnaufhellung

Bitte die
Rückseite
beachten



IHRE ZAHNMEDIZINISCHE HISTORIE

Wann war Ihr **letzter Zahnarztbesuch**? _____

Sind **aktuelle Röntgenaufnahmen** Ihrer Zähne vorhanden? ja nein

Sind Sie in **ärztlicher Behandlung**? ja nein Weshalb? _____

Wurden Sie in den letzten 6 Monaten operiert? ja nein

Hausarzt: _____ **Ort:** _____ **Telefon:** _____

Für Patientinnen: Besteht eine **Schwangerschaft**? ja nein unklar Welcher Monat? _____

Haben Sie Medikamente aus der Gruppe der **Bisphosphonate** (Medikamente zur Stärkung des Knochens) (z.B. Zometa, Denosomab, Bondronat, Lodronat, Aredia, Fosavance, Fosamax etc.) eingenommen? ja nein

IHRE GESUNDHEITSSITUATION

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

Herz-Kreislaufferkrankungen

Herzklappenersatz ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Zustand nach Herzinfarkt ja nein

Sonstige: _____

Zustand nach Schlaganfall ja nein

Hoher Blutdruck ja nein

Niedriger Blutdruck ja nein

Infektionskrankheiten

HIV-Infektion, AIDS ja nein

Tuberkulose ja nein

Sonstige: _____

Hepatitis A, B, C ja nein

Multiresistente Erreger (MRSA) ja nein

Sonstige Erkrankungen

Heilen Wunden schlecht? ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Osteoporose ja nein

Asthma ja nein

Grüner Star ja nein

Erkrankungen der Leber ja nein

Diabetes (Zuckerkrankheit) ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Rheuma ja nein

Tumor ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein

Ohnmachtsanfälle ja nein

Migräne ja nein

Gelenkprothese ja nein

Bei Diabetes bitte den HbA1c-Wert angeben: _____

Allergien bzw. Unverträglichkeiten?

Welche? _____

Liegen sonstige Erkrankungen vor?

Welche? _____

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig, bzw. zur Zeit ein? _____

Nehmen Sie regelmäßig **Betäubungsmittel**? ja nein Welche? _____

Rauchen Sie? ja nein Seit wann? _____ Wie viel? _____

Bitte beachten Sie, dass eine **Injektion** zur Schmerzausschaltung Ihre Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigen kann. In sehr seltenen Fällen können sich allergische Reaktionen bzw. ein anhaltendes Taubheitsgefühl oder Geschmacksirritationen einstellen. Die Abtretung von Forderungen an Dritte (beispielsweise Versicherungen), die aus dem Behandlungsverhältnis mit der Zahnarztpraxis Busching // Frau Berit Busching resultieren, ist ausgeschlossen. Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit deren Speicherung einverstanden.

Datum

Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigter)