



Daniela Daniel - Zahnärztin

Alexander Pirk – Zahnarzt / Facharzt f. Allgemeinmedizin u.
psychotherapeutische Medizin

Clayallee 225B / 14195 Berlin-Dahlem
Telefon 030 3913327 – Fax 030 39903583 - zahnarzt@aubacke.de – www.aubacke.de

Name: **Geburtsdatum:**
Straße: **PLZ, Ort:**
Arbeitgeber: **Beruf:**
Krankenkasse: **Telefon:**
Handy: **Fax:**
e-Mail: **Homepage:**

Stehen Sie zur Zeit in zahnärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, bitte genau angeben (Arzt / derzeitiger Behandlungsgrund)

Sind besondere zahnärztliche Eingriffe bei Ihnen durchgeführt worden?
z. B. Weisheitszahnentfernungen, frühere kieferorthopädische Behandlungen, Operationen nach Unfällen,
Behandlungen in Vollnarkose, Wurzelspitzenresektionen,...

Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? Ja Nein
(Wenn ja, bitte Angstfragebogen ausfüllen!)

Durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Sind Sie an Prophylaxe interessiert? Ja Nein

Sind Sie von der Rezeptgebühr befreit? Ja Nein

Haben Sie ein zahnärztliches Bonusheft Ja Nein
Ist das Bonusheft vollständig ausgefüllt?

Haben Sie eine private zahnärztliche Zusatzversicherung Ja Nein
Bitte angeben:

Sind Allergien bekannt? Ja Nein
Wenn ja, bitte genau angeben:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Ja Nein

Wenn ja, bitte genau angeben:

Rauchen Sie?

Ja Nein

Wieviel?

Leiden Sie an ernsthaften Erkrankungen?

Ja Nein

(z.B. Blutungsneigung, Hepatitis, HIV, Herzleiden, Gefäßerkrankungen, Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts, Gelenkersatz, Herzklappenersatz, Nierenerkrankungen, psychische Störungen, Ohnmachtneigung ...)

jeweils bitte genau angeben (ggf. Herzpass, Allergiepass,.. vorlegen):

Anschrift und Telefonnummer Ihres Hausarztes:

Wann waren Sie das letzte Mal bei Ihrem Hausarzt?

Existieren aktuelle Untersuchungsergebnisse (Laborwerte, allgemeiner Gesundheitscheck ab 35,...)?

Seit der Gesundheitsreform 2004 werden viele zahnerhaltende Therapien (u.a. bestimmte Wurzelkanalbehandlungen, regelmäßige Zahnsteinentfernung, bestimmte Zahnfleischbehandlungen,...) von den gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr bezahlt. Nach vorheriger Aufklärung über die entstehenden Gebühren erkläre ich mich grundsätzlich bereit, diese Kosten selbst zu tragen.

Ja Nein

Ich möchte an meine Zahnarztbesuche (**Bonusheft**) erinnert werden (**Recallsystem**), ggf. auch per SMS, Fax oder e-Mail.

Ja Nein

Bitte beachten: Eine Absage sollte nur in dringenden Fällen, spätestens jedoch 48 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen leider privat in Rechnung stellen.

Datum

Unterschrift