

Ganzheitliche Zahnheilkunde – Praxis Dr. Drong & Team – Prophylaxe und Mundgesundheit

Holstenplatz 20 – 22765 Hamburg – 040 / 303 98 680 – www.zahnarzt-hamburg.com

Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. Drong & Team

Bitte füllen Sie diesen Gesundheitsfragebogen aus. Gerne helfen wir Ihnen bei Fragen weiter.

Ich bin Hauptversicherter / Rechnungsempfänger

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____
Anschrift: _____
Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
Telefon (privat): _____ mail (privat): _____

- Gesetzlich krankenversichert oder freiwillig GKV versichert bei _____
- Kostenerstattung nach §13 SGB V für gesetzlich Versicherte _____
- Privat krankenversichert bei _____
- Privat zusatzversichert / Privat zahnersatzversichert _____
- Beihilfeberechtigt

Ich bin mitversicherter Familienangehöriger / Betreuer / Vormund

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____
Anschrift: _____
Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
Telefon (privat): _____ mail (privat): _____

Mein Gesundheitszustand

Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlungsplanung haben. Bitte geben Sie Ihre Erkrankungen und Ihre Medikamente sehr sorgfältig an.

- Herz- / Kreislauferkrankungen _____
- Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, o.a.) _____
- Künstliche Bluter (z.B. ASS / Marcumar etc.) _____
- Allergien _____
- Sonstige Erkrankungen (z.B. Diabetes) _____
- Regelmäßige Medikamente _____

Wenn erforderlich

- Ich bin Raucher, täglich ca. _____ Zigaretten
- Bestehende Schwangerschaft in der _____ SSWoche
- Mein Hausarzt / Internist / Diabetologe ist _____
- Mein Heilpraktiker / Homöopath / Umweltmediziner _____

Haben Sie Wünsche für Ihre individuelle Behandlungsplanung ?

- Ich möchte nur meine Routinekontrolle
- Ich bin an zahnärztlicher Vorsorge interessiert und möchte Informationen über das zahnmedizinische Risikoscreening und Prophylaxeangebot der Praxis Dr. Drong
- Ich habe Probleme am Zahnfleisch und brauche dazu Informationen / Hilfe
- Ich interessiere mich für Zahnersatz oder Implantate
- Ich bin Angstpatient und brauche Informationen zu Ihrer speziellen „Angstsprechstunde“.
- Ich habe Mundgeruch und brauche dazu Informationen /Hilfe
- Ich komme für eine zweite Meinung
- Ich habe starke Schmerzen und komme als Notfall / Schmerzpatient

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ?

- Familie, Freunde, Bekannte oder Arbeitskollegen
- Internet, Praxisschild
- Überwiesen von _____

Bitte beachten Sie, dass wir für Ihre Gesundheit auf das umstrittene Amalgam verzichten. Da wir für Ihre Behandlung ausreichend Zeit einplanen, bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Diese Absage ist dann nicht kostenpflichtig. Bei kurzfristiger Absage oder Versäumnis von Behandlungsterminen (>20 min.) kann eine Ausfallgebühr in Höhe von 75,- € anfallen.

Wird ein Krankenversicherungsnachweis der GKV-Patienten nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungstermin vorgelegt, müssen wir nach Krankenkassen-Richtlinie die entstandenen Kosten privat in Rechnung stellen.

Datum

Unterschrift