

Zahnarztpraxis Dr. Axel W. Pleimes
Otto-Raggenbass-Str. 5 / Emma-Herweghstr. 5
D-78462 Konstanz



+49 7531 919400



mail@pleimes.de



www.Pleimes.de

Name	Vorname	geb.:
PLZ	Ort	Strasse
Tel Mobil	Tel Privat	Tel Arbeit
Email		
Rechnung <input type="checkbox"/>	EC <input type="checkbox"/>	bar <input type="checkbox"/>

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mein Praxisteam und ich freuen uns sehr, Sie hier in unserer Zahnarztpraxis begrüßen zu dürfen. Erlauben Sie mir Ihnen vorab ein paar wichtige Informationen zur Praxis und zum Behandlungsablauf zu geben.

Das Wichtigste in unserer Praxis sind Sie, unser Patient. Ihr Anliegen, Ihre Probleme und Beschwerden stehen im Vordergrund unseres Interesses. Wir möchten uns in erster Linie darum kümmern und Ihnen mit unserem Fachwissen-, und Können helfen.

Dazu ist es wichtig, daß Sie uns Ihre Probleme, Wünsche etc. mitteilen, den umseitigen **Anamnesebogen** sorgfältig ausfüllen und uns **Änderungen** bzw. Besonderheiten sofort und persönlich **mitteilen** (auch ein „Vieraugengespräch“ mit mir ist jederzeit möglich). Üblicherweise werden wir Ihnen nach gründlicher Befundaufnahme und Diagnoseerstellung einen Therapieplan vorstellen, der auf der Basis der medizinischen Notwendigkeit gründet und für Sie eine dauerhafte und langfristige Lösung darstellen soll. Wir möchten Ihnen und allen Patienten gleichermaßen die jeweils persönlich beste Therapie und Versorgung anbieten.

Wir führen eine **Terminpraxis**. Dadurch ist gewährleistet, daß ich den Beginn und das Ende Ihrer Termine meistens pünktlich einhalten kann. Daher bitte ich Sie, Ihre Termine ebenfalls einzuhalten, oder spätestens **48 Stunden vorher abzusagen**, da die sonst entstandene Fehlzeit in Rechnung gestellt wird, falls sie nicht mehr adäquat vergeben werden konnte.

Aus Gründen der Vereinfachung und Verringerung der entstehenden Verwaltungs-, und Büroarbeit habe ich das Abrechnungsbüro **PAS Dr.Hammerl** aus D-86713 Nördlingen damit beauftragt, die sich aus einer Behandlung ergebenden Rechnungen zu verwalten. Das bedeutet, daß Sie die Rechnungen der zahnärztlichen Behandlung von der PAS Dr.Hammerl erhalten. Die PAS Dr.Hammerl hat sich im Rahmen der geltenden Datenschutzbestimmungen zur strengsten Geheimhaltung Ihrer Daten verpflichtet. Unterzeichnen Sie daher auch die folgende Einverständniserklärung der PAS Dr.Hammerl. Wir akzeptieren aber auch **Bargeld** und **Kreditkartenzahlungen**.

Ich habe den Anmeldebogen aufmerksam durchgelesen und bin mit damit einverstanden.

Dies bestätige ich durch meine Unterschrift.

Konstanz, den _____

Gesundheitsfragebogen / Praxis Dr. Pleimes

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können / wollen, besprechen Sie diese bitte mit uns.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Beschwerden:

- | | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Empfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Lockerung | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten |
| <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Kiefergelenk | <input type="checkbox"/> Keine |

Behandlungswunsch:

- | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kontrolle | <input type="checkbox"/> Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Füllung | <input type="checkbox"/> Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Implantat | <input type="checkbox"/> Ästhetik |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | | | | |

Erkrankungen:

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---|------------------------------------|--------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf | <input type="checkbox"/> Gerinnung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> TBC | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Tumoren | <input type="checkbox"/> sonstige Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> Keine |

Medikamente:

- | | | | |
|---|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blutverdünner | <input type="checkbox"/> Blutdrucksenker | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Cortison |
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> Psychopharmaka | <input type="checkbox"/> Pille | <input type="checkbox"/> Keine |

Allergien:

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Spritzen | <input type="checkbox"/> Antibiotika | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Keine |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|

Sonstiges:

- | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schwanger | <input type="checkbox"/> Würgereiz | <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Nikotin | <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Drogen |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit:

Nach zahnärztlichen Behandlungen kann Ihre Verkehrstüchtigkeit bis zu 24h beeinträchtigt sein.

Ich habe den Gesundheitsfragebogen aufmerksam durchgelesen, und wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt.

Dies bestätige ich durch meine Unterschrift.

Konstanz, den _____

Unterschrift Patient