

**DR. MED. DR. MED. DENT. NORBERT RYBCZYNSKI**

Implantologie – Ästhetische Zahnheilkunde – Perfekte Prothetik

**DR. MED. DENT. KLAUS FRISCHBIER**

Ästhetische Zahnheilkunde – Endodontologie – Parodontologie

**DR. MED. DENT. VERONKIA SCHMITZ**

Ästhetische Zahnheilkunde – Endodontologie – Parodontologie

**DR. MED. DENT. BENEDICT RYBCZYNSKI M.Sc.**

Fachzahnarzt für Oralchirurgie – Master of Science Kieferorthopädie

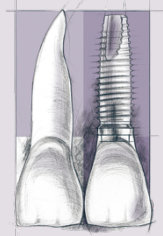
Steinweg 40

56410 Montabaur

Tel: (0 26 02) 30 11

Fax: (0 26 02) 30 12

Mail: [info@zahnarzt-montabaur.de](mailto:info@zahnarzt-montabaur.de)



## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Pflichtangaben sind mit einem \* gekennzeichnet.

### Patientendaten

Nachname, Vorname\*

Geboren am\*

Anschrift\*

Beruf

Arbeitgeber

Telefon\*

Mobil

E-Mail-Adresse

Name der Krankenkasse\*

Bitte bei gesetzlichen Kassen angeben\*

Ja Nein

Haben Sie eine private Zusatzversicherung?

Haben Sie Kostenerstattung gewählt?

Bitte bei Privatversicherung angeben\*

Ja Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Standardtarif

Basistarif

Versichertendaten\*

(sofern diese von den Patientendaten abweichen):

Versicherter

Geboren am

Anschrift

### Ihr persönlicher Gesundheitscheck\*

	Ja	Nein
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstliche Herzklappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Herzerkrankung: _____		
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Gerinnungshemmer („Blutverdünner“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnungsstörung / Bluterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes („Zuckerkrankheit“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-/ Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen / Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasen-/ Nasennebenhöhlenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie / Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
HIV (Aids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung („Krebs“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?  
 Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Sind Medikamentenüberempfindlichkeiten bekannt? Nein  Ja   
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

	Ja	Nein
Sind sie Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (ggf. Medikamentenplan auf gesondertem Blatt beifügen)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Liegt ein Bescheid mit Pflegestufe vor? Nein  Ja  Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Wenn ja, geben Sie oben bitte den Pflegegrad an und fügen Sie eine Bescheinigung hinzu.

Sie sind uns wichtig!

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

\_\_\_\_\_

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

\_\_\_\_\_

	Ja	Nein	
Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge um erneute Erkrankungen zu vermeiden?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Möchten Sie regelmäßig an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, in welchen Zeitabständen?*	$\frac{1}{4}$ jährlich <input type="checkbox"/>	$\frac{1}{2}$ jährlich <input type="checkbox"/>	jährlich <input type="checkbox"/>

Für gesetzlich Versicherte: Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt Sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsabfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt werden kann.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_