

Dr. Stefan Sonner | Dr. Agnes Pach
 Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde & Oralchirurgie
 Kirchplatz 6, 82049 Pullach
 Telefon 089/793 3737, Telefax 089/793 2386
 praxis@zk6.de, www.zk6.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine geeignete und risikofreie Behandlung. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Dr. Stefan Sonner
 Dr. Agnes Pach

Hinweis zur Organisation – Bestellpraxis

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach GOZ berechnen müssen.

- Ästhetische Zahnheilkunde
- Abdruckfreier Zahnersatz (Cerec)
- Mikroskopische Wurzelbehandlung
- Oralchirurgie (Fachzahnarzt)
- Implantologie, Parodontologie

Name (Herr / Frau / Kind)	Name der Kasse
Vorname	
Straße, Hausnummer	Privat versichert <input type="checkbox"/>
PLZ, Wohnort	Beihilfeberechtigt (Bund, Land, Stadt o. ä.) <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum	Nicht versichert <input type="checkbox"/>
Telefon privat	Pflichtmitglied <input type="checkbox"/>
Mobiltelefon	Freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/>
Telefon Geschäft	Rentner <input type="checkbox"/>
E-Mail	Als Familienmitglied / Angehöriger mitversichert <input type="checkbox"/>
Beruf	Name des versicherten Mitgliedes / Geburtsdatum
Arbeitgeber	
Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von:	Haben Sie eine Zusatzversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hinweise zum Datenschutz Ich habe die ausliegende Datenschutzerklärung der Zahnarztpraxis Dr. Stefan Sonner und Dr. Agnes Pach gemäß der EU Datenschutz Grundverordnung DS-GVO vom 25.5.2018 zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit dieser einverstanden.	Recall Wünschen Sie insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name / Datum / Unterschrift	Wünschen Sie in unsere Recall-Kartei aufgenommen zu werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Für Kassenpatienten Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht übernommen werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<p>Ärztliche Behandlung</p> <p>Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?</p>	<p>Erkrankung des Nervensystems</p> <p>Epileptiforme Anfälle? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Krämpfe? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sonstiges?</p>
<p>Hausarzt / Facharzt</p> <p>Name, Adresse, Telefon</p>	<p>Bluterkrankungen</p> <p>Blutungsneigung (Hämophilie)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Blutarmut (Anämie)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein (Marcumar/ASS)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sonstiges?</p>
<p>Medikamente</p> <p>Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?</p>	<p>Infektionserkrankungen</p> <p>Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A / B / C)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Tuberkulose? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wurde bei Ihnen ein Aids-Test durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg. Sonstiges?</p>
<p>Allergien</p> <p>Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?</p> <p>Besitzen Sie einen Allergiepass? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Weitere Angaben</p> <p>Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? <input type="text"/> Tag Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Herzkrankungen</p> <p>Herzschwäche (Insuffizienz) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Unregelmäßiger Herzschlag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Angina pectoris? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Zustand nach Herzinfarkt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Herzschrittmacher? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Herzfehler, Klappenersatz? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Endokarditis? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sonstiges?</p>	<p>Röntgen</p> <p>Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? Wenn ja, wo?</p> <p>(Unsere modernen digitalen Röntgengeräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis)</p>
<p>Kreislaufferkrankungen</p> <p>Zu hoher Blutdruck? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Zu niedriger Blutdruck? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sonstiges?</p>	<p>Schwangerschaft</p> <p>Wenn ja, in welchem Monat? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>Vegetative Erkrankungen</p> <p>Ohnmachtsanfälle? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sonstiges?</p>	<p>Bemerkungen</p>
<p>Erkrankungen anderer Organe</p> <p>Zuckerkrankheit (Diabetes)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Lungenerkrankungen / Asthma? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Schilddrüsenerkrankungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Magen- Darmerkrankungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nierenerkrankungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Osteoporose? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Einnahme von Bisphosphonaten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sonstiges?</p>	<p>Vielen Dank für ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen Ihrer Angaben mit.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>Name / Datum / Unterschrift</p> </div>