



**DR. RÖMER & DR. WOLZ
ZAHNÄRZTE**

Ganzheitliche Funktionstherapie
Präventive Zahnheilkunde
Implantologie (DGI / APW)
Zahnärztliche Prothetik

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Für Ihre Neuaufnahme als Patient unserer Praxis benötigen wir Ihre für die Verwaltung wichtige Daten. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Patientendaten

Name des Patienten: _____

geb. am: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert **ja** [] **nein** []

Freiwillig versichert **ja** [] **nein** []

Haben Sie eine private Zusatzversicherung **ja** [] **nein** []

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [] **nein** []

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Basistarif? **ja** [] **nein** []

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten ? _____

Versicherter: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge,
um erneute Erkrankungen zu vermeiden? **ja** [] **nein** []

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert
werden? [] **schriftlich** [] **per E-Mail**



DR. RÖMER & DR. WOLZ
ZAHNÄRZTE

Ganzheitliche Funktionstherapie
Präventive Zahnheilkunde
Implantologie (DGI/APW)
Zahnärztliche Prothetik

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	ja []	nein []
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja []	nein []
Hoher Blutdruck	ja []	nein []
Niedriger Blutdruck	ja []	nein []
Ohnmachtsneigung	ja []	nein []
Creutzfeldt-Jakoberkrankung	ja []	nein []
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja []	nein []
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja []	nein []
Rheuma	ja []	nein []
Diabetes	ja []	nein []
Schilddrüsenerkrankung	ja []	nein []
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja []	nein []
Magen- / Darmerkrankung	ja []	nein []
Nierenerkrankung	ja []	nein []
Lungenerkrankung / Asthma / Refluxkrankheit	ja []	nein []
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja []	nein []
Epilepsie	ja []	nein []
Psychische Erkrankungen (Depressionen)	ja []	nein []
Wurden Sie schon mit Bisphosphonaten behandelt?(Osteoporose, Tumornachbehandlung)	ja []	nein []
AIDS/HIV Immunschwäche	ja []	nein []
Sonstige Erkrankungen?	ja []	nein []
Wenn ja, welche ?		

Allergien? ja [] nein []
Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja [] nein []
Wenn ja, bei welchen?

Sind Sie Raucher? ja [] nein []
Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja [] nein []
Wenn ja, in welchem Monat?

Anlass Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja []	nein []
Zahnschmerzen	ja []	nein []
Überweisung von		



**DR. RÖMER & DR. WOLZ
ZAHNÄRZTE**

Ganzheitliche Funktionstherapie
Präventive Zahnheilkunde
Implantologie (DGI/APW)
Zahnärztliche Prothetik

Patient: _____

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja []	nein []
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja []	nein []
Starker Würgereiz	ja []	nein []

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Beratungs- und Behandlungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	ja []	nein []
Weißer Zähne (Bleaching)	ja []	nein []
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja []	nein []
Zahnfarbene Füllungen (Komposit/Keramik)	ja []	nein []
Zahnfleischbluten	ja []	nein []
Mundgeruch	ja []	nein []
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja []	nein []
Knirschen	ja []	nein []
Kiefergelenkbeschwerden	ja []	nein []
Implantate / Implantatversorgung	ja []	nein []
Zahnersatzreinigung	ja []	nein []
Sonstiges		

Von Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenversicherung benötigen wir die Krankenversichertenkarte bei jedem ersten Besuch im Quartal in unserer Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum _____ Unterschrift _____

Der Erfolg einer Behandlung hängt wesentlich von der Einhaltung und tatsächlichen Durchführung der vereinbarten Termine ab. Um sicherzustellen, dass möglichst geringe Wartezeiten während Ihres Besuches in unserer Praxis entstehen, bitten wir Sie höflichst um Pünktlichkeit.

Wir weisen darauf hin, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können. Wir behalten uns vor, die Ausfallzeit für nicht eingehaltene Termine in Rechnung zu stellen (Termine ab 30 Minuten 50 Euro).

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

Datum _____ Unterschrift _____

KARLSTR. 2
74072 HEILBRONN

Tel 071 31-682 00
Fax 071 31-803 67

praxis@roemer-wolz.de
www.roemer-wolz.de