

*Medizinisches Zentrum Lübbenau GmbH  
Zahnarztpraxis Diana Rost  
Robert-Koch-Str.42  
03222 Lübbenau  
Tel.03542-871130*



*Die Gesundheit ist zwar nicht alles,  
aber ohne Gesundheit ist alles nichts.*

*Arthur Schopenhauer*

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 korrekte und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Name**

**Vorname**

**Geburtsdatum**

**Telefonnummer**

**Handynummer**

**E-Mail-Adresse**

**Beruf**

**Name und Anschrift des Hausarztes**

**JANEIN**

Dürfen wir Sie mit Ihrem Nachnamen im Wartezimmer aufrufen?

 

Sie haben das Recht Ihre Einwilligung jederzeit schriftlich, mit der Wirkung für die Zukunft, zu widerrufen.

**JANEIN**

1. Nehmen Sie Medikamente ein?

Wenn ja, welche und wogegen?.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Haben Sie nachgewiesene Allergien?

Wenn ja, welche?.....

.....  
.....  
.....

3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?

- Angeborener oder erworbener Herzfehler?
- Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese?
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?
- Herzoperationen?
- Haben Sie einen Herzschrittmacher?

Sonstige? .....

4. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

- Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)?
- Lebererkrankungen?
- Zu hoher Blutdruck?
- Zu niedriger Blutdruck?
- Schlaganfall?
- Nierenerkrankungen?
- Diabetes?
- Magen-Darmerkrankung?
- Schilddrüsenerkrankung?
- Rheuma?

**JANEIN**

- Osteoporose?
- Asthma/ Lungenerkrankungen?
- Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?
- Nervenerkrankungen?
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?
- Glaukom?
- Sonstige Erkrankungen (z.B. MRSA, CJK/vCJK)?

Wenn ja, welche? .....  
.....  
.....

5. Pflegegrad? Wenn ja:  ①  ②  ③  ④  ⑤
6. Drogen- oder Alkoholabhängigkeit?
7. Haben / Hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?
- Wenn ja, welche? .....  
.....

8. Bei Frauen:
- Besteht eine Schwangerschaft?
- Wenn ja, in welchem Monat?.....

9. Sind Sie angespannt, wenn sie zum Zahnarzt gehen?

10. Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

11. Haben Sie besondere Wünsche bzgl. der Behandlung, Terminierung etc., die Sie uns mitteilen möchten? .....  
.....

Stellen Sie sich vor, Sie haben eine Verabredung oder einen Termin und werden versetzt. In solch eine Situation zu kommen, ist für niemanden wünschenswert. Sollte dieser Fall eintreten, gilt in unserer Praxis folgende Vereinbarung:

Terminreservierungen sind in der Zahnarztpraxis Diana Rost in Lübbenau grundsätzlich verbindlich. Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diesen bis mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Bei Nichterscheinen behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar von 60% in Rechnung zu stellen. Zudem vereinbaren wir längere Termine nicht mehr telefonisch, sondern nur noch persönlich in unserer Praxis. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

**Datum: Unterschrift:**

**Jährliche Überprüfung der Angaben:**

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind

.....  
Ort, Datum Unterschrift des Patienten

---

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind

.....  
Ort, Datum Unterschrift des Patienten

---

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind

.....  
Ort, Datum Unterschrift des Patienten

---

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind

.....  
Ort, Datum Unterschrift des Patienten

***Vielen Dank für Ihre Mithilfe.***

***Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben unverzüglich mit.***

Med. Zentrum Lübbenau GmbH:

Fachbereich:

Zahnmedizin, Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Frauenheilkunde, Kinderheilkunde, Chirurgie/Unfallchirurgie/D-Arzt, HNO-Heilkunde, Dermatologie, Augenheilkunde

Niederlassungen:

Radiologie, Urologie

Kooperationspartner:

Apotheke, Labor, Hörgeräte-Akustik, Podologie, Orthopädie-Schuhtechnik, Logopädische Praxis, Physiotherapie, Reha Sport