

Liebe Patientin, lieber Patient!

In diesem Dokument finden Sie alle wichtigen Informationen für Ihren ersten Besuch:

Unsere Philosophie:

Unser grundsätzliches Ziel ist leicht zu beschreiben: das Beste für Sie und Ihre Zahn- und Mundgesundheit! Stabilität und Vertrauen im Team sorgen in unserer Praxis für eine angenehme Atmosphäre und reibungslose, serviceorientierte Abläufe.

Sie stehen im Mittelpunkt

Unseres Credo lautet: „Behandle deinen Patienten so, wie du dich oder deine Familie behandeln würdest.“ Ihre Bedürfnisse als Patient, vor allem aber Sie als Mensch, sind uns daher wichtig. In unserer Praxis erwarten Sie eine vertrauensvolle, herzliche Atmosphäre und eine auf jeden einzelnen zugeschnittene zahnmedizinische Betreuung.

Umfassende Beratung

Eine offene und verständliche Beratung ist Bestandteil unseres Konzeptes. Wir nehmen uns Zeit für Sie, berücksichtigen Ihre Bedürfnisse, Wünsche und eventuelle Sorgen. Transparenz ist uns in jeder Phase wichtig. Außerdem gilt: „Wir versprechen wenig, wir halten viel.“

Qualität

Die Kosten einer Behandlung sind stets ein wichtiges Thema. Wir versorgen Sie mit Zahnersatz „Made in Germany“, der für Ästhetik, Langlebigkeit, Passgenauigkeit und Verträglichkeit steht.

Für spezielle Wünsche: Sprechen Sie uns an.

Unsere Leistungen:

- Ästhetische Zahnheilkunde
- Füllungen
- Funktionsdiagnostik
- Naturheilverfahren
- Parodontitisbehandlung
- Schnarchtherapie
- Kinderzahnheilkunde
- Oralchirurgie
- Prophylaxe
- Wurzelkanalbehandlung
- Zahnersatz
- Zahnimplantate

Kontakt

Dr. Johannes Szafraniak und Dr. Christian Tiulea

Diergardtplatz 7a

41747 Viersen

Telefon: 02162 17096

Telefax: 02162 18190

E-Mail: j.szafraniak@gmx.de

Homepage: <http://www.dr-szafraniak.de>

Unsere Sprechzeiten

Mo.: 08:00 – 12:30 / 14:00 – 19:00 Uhr

Di.: 08:00 – 12:30 / 14:00 – 18:00 Uhr

Mi.: 08:00 – 12:30 / 14:00 – 18:00 Uhr

Do.: 08:00 – 12:30 / 14:00 – 18:00 Uhr

Fr.: 08:00 – 13:00 / 14:00 – 18:00 Uhr



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

1

Bevor wir uns in Ruhe über Ihr zahnmedizinisches Anliegen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Füllen Sie bitte deswegen diesen medizinischen Erhebungsbogen aus. Dies ist für eine adäquate Behandlung wichtig. Der Erhebungsbogen wird Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.

Patient:	Name: _____	Vorname: _____	Geb.-Datum: _____
----------	-------------	----------------	-------------------

Versicherter:	Name: _____	Vorname: _____	Geb.-Datum: _____
---------------	-------------	----------------	-------------------

Anschrift:	Straße: _____	Hausnummer: _____
	PLZ: _____	Ort: _____
		Telefon: _____

Krankenversicherung/Kasse: _____

Für privat versicherte Patienten:	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Basisversichert
-----------------------------------	---	--

Beruf: _____

Arbeitgeber:	Straße: _____	Hausnummer: _____
	PLZ: _____	Ort: _____
		Telefon: _____

Was führt Sie zu uns? _____

Empfohlen durch: _____

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem ersten Besuch im Quartal. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung noch nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges: _____		

Wir bieten unseren Patienten ein intensives Prophylaxeprogramm (Vorsorge, Zahnpflege, Zahnkosmetik, etc.)	Wünschen Sie hierzu nähere Informationen?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:			
Kariesvermeidung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Ästhetische Zahnheilkunde
Parodontalbehandlung (Zahnfleisch)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Amalgamentfernung
Kiefergelenkbehandlung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Implantate
Keramikfüllungen (Empress)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Zahnaufhellung (Bleaching)
Hochwertigen Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Sonstiges: _____			



Medizinische Befunderhebung

2

Name und Anschrift Ihres Hausarztes:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? _____

Bluten Sie lange nach Verletzungen?

Ja

Nein

Sind Sie künstl. Bluter (Marcumar, etc.)?

Ja

Nein

Hatten Sie jemals:

Eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?

Ja

Nein

Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien?

Ja

Nein

Penicillin-Überempfindlichkeit?

Ja

Nein

Schweres Rheuma?

Ja

Nein

Zu hohem Blutdruck?

Ja

Nein

Erkrankungen des Herzens?

Ja

Nein

Erkrankungen der Leber?

Ja

Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)?

Ja

Nein

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit
(wie z.B. Hepatitis, TBC, AIDS)?

Ja

Nein

Ich verpflichte mich bei Veränderungen meines Gesundheitszustandes den behandelnden Zahnarzt vor einer weiteren Behandlung zu informieren.

Aus rechtlichen Gründen müssen wir Sie auf folgendes hinweisen:

Bei zahnärztlichen Behandlungen gelangen häufig Betäubungsverfahren zu Anwendung. Bei der Durchführung der Lokal- und Leitungsanästhesie (örtliche Betäubung) kann es neben Überempfindlichkeitsreaktionen auf das Medikament zu schicksalhaften Schädigungen der Nerven und Gefäße kommen. Diese Nervenschädigungen führen in der Regel zu Sensibilitätsstörungen im Endausbreitungsgebiet der Nerven, die sich nach einiger Zeit meistens zurückbilden. Die Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr kann unter dem Einfluss von Spritzen zu lokaler Betäubung, therapeutischen Spritzen sowie Medikamenten, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, für 4 bis 6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein!

Wir sind nach der Röntgenverordnung verpflichtet, Ihnen folgende Fragen zu stellen:

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____

Zusatzfragen für weibliche Personen:

Besteht bei Ihnen z.Zt. eine Schwangerschaft?

Ja

Welcher Monat? _____

Ich verpflichte mich, vor späteren Röntgenaufnahmen den behandelnden Zahnarzt von einer eventuellen Schwangerschaft zu unterrichten.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der vor genannten Angaben mit.

Datum:

Unterschrift: