

## Herzlich willkommen bei diPura!

Im Interesse einer für Sie angenehmen und komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen in Ruhe möglichst vollständig auszufüllen. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne weiter. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten sich Ihr Gesundheitszustand oder Ihre Adresse im Laufe der Zeit ändern, bitten wir Sie, uns dies mitzuteilen.

Name : \_\_\_\_\_  
Vorname : \_\_\_\_\_ Geburtstag : \_\_\_\_\_  
Wohnort : \_\_\_\_\_ PLZ : \_\_\_\_\_ Strasse : \_\_\_\_\_  
Tel. privat : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mobil : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_  
Beruf : \_\_\_\_\_ beschäftigt bei : \_\_\_\_\_

Krankenversicherung (Name) : \_\_\_\_\_  
 gesetzlich  privat  Basistarif  Beihilfe

Hauptgrund Ihres Kommens bzw. Behandlungswunsch : \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung von Herrn / Frau \_\_\_\_\_
- Internet  Werbung – welche? \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Haben Sie Angst vor einer Behandlung?  ja  nein  bedingt

Welchen Stellenwert hat Qualität für Sie? \_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit in zahnärztlicher Behandlung?  ja  nein wenn ja, wofür? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ wo? Praxis: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Wünschen Sie eine besondere Beratung über (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Zahnfarbene metallfreie Restaurationen (Inlays, Teilkronen, Veneers, Kronen und Brücken)
- Implantate / Sofortimplantate
- Knochenaufbau
- Schonende Behandlung mit Laser
- Zahnstellungskorrektur
- Professionelle Zahnreinigung
- Bleaching mit BriteSmile
- Zahnfleischbehandlung
- Entspannung im Floatarium

Bitte wenden, Rückseite beachten!

**Um Ihren Gesundheitszustand bei der Therapieplanung entsprechend berücksichtigen zu können, bitten wir um folgende Angaben: (zutreffendes bitte ankreuzen)**

**ja  nein  Haben Sie Allgemeinbeschwerden irgendwelcher Art?**

Welche? \_\_\_\_\_

**ja  nein  Stehen Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?**

Weshalb? \_\_\_\_\_

**ja  nein  Herzkrankungen**

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
- Herzasthma, Angina pectoris
- Herzschrittmacher, Herzklappenersatz, Herzfehler

**ja  nein  Kreislauferkrankungen**

- Zu hoher Blutdruck
- Zu niedriger Blutdruck
- Zustand nach Herzinfarkt
- Gerinnungshemmende Medikamente

**ja  nein  Vegetative Erkrankungen**

- Ohnmachtsanfälle
- Aufputsch- oder Beruhigungsmittel

**ja  nein  Stoffwechselerkrankungen**

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Magen-Darmerkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen

**ja  nein  Erkrankungen des Nervensystems**

- Epileptische Anfälle
- Krämpfe
- Bekommen Sie leicht blaue Flecke?

**ja  nein  Bluterkrankungen**

- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Blutarmut (Anämie)

**Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?**

- ja  nein  Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis)
- ja  nein  Tuberkulose
- ja  nein  Chronische Erkrankungen der Atemwege, (Husten, Lungenentzündung, etc.)
- ja  nein  HIV (Aids)

**Allergienachweis oder -verdacht**

Medikamente \_\_\_\_\_

ja  nein  Reagieren Sie auf ein Medikament überempfindlich?

Materialien \_\_\_\_\_

**ja  nein  Haben Sie einen Allergieausweis?**

**Leiden Sie unter Abhängigkeiten?**

(z.B. Nikotin oder Alkohol)

Nehmen Sie Bisphosphonate? ja  nein  \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie momentan regelmäßig ein: \_\_\_\_\_

Wurden Sie innerhalb der letzten fünf Jahre wegen einer schweren Krankheit behandelt?

Nein  Ja  Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Für Frauen: Besteht bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft?

Nein  Ja  Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_  nicht bekannt

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

diPura möchte Ihnen die Behandlung so angenehm wie möglich machen. Haben Sie persönliche Wünsche oder Vorstellungen, die wir Ihnen verwirklichen können (Musikwünsche, Video)? \_\_\_\_\_

### **Hinweis zur allgemeinen Organisation von diPura**

Die diPura Zahnklinik wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet für Sie, dass Sie mit keinen Wartezeiten zu rechnen haben und wir zum vereinbarten Termin nur für Sie da sind. Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, den vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24h vor dem Termin mitteilen. Gerne schauen wir dann gemeinsam nach einem neuen geeigneten Termin.

Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen Termin, kann es sein, dass Sie mit geringen Wartezeiten rechnen müssen.

Alle gemachten Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Mit der Erfassung und Bearbeitung meiner Daten gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden.

Vielen Dank für Ihre Mühe bei der Beantwortung unserer Fragen! Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**Unterschrift:** X\_\_\_\_\_

### **Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen**

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi

Ich bestätige mit meinen Unterschriften, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

**Unterschrift:** X\_\_\_\_\_