

Dr. Werner Skibba

Zahnarzt - Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie/Zahnärztliche Prothetik

Hohenstaufenring 58 - 50674 Köln - Tel. 0221/231790 - FAX:0221/243292
www.dr-skibba.de - info@dr-skibba.de

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

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:

Standardtarif? ja [] nein []

Basistarif? ja [] nein []

Studentisch versichert? ja [] nein []

Beihilfeberechtigt? ja [] nein []

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern sie 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? [] telefonisch [] schriftlich

An welchen Wochentagen zu welcher Zeit möchten Sie am liebsten behandelt werden?

Wochentag: 1. _____

Zeit: 1. _____

2. _____

2. _____

3. _____

3. _____

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Dr. Werner Skibba

Zahnarzt - Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie/Zahnärztliche Prothetik

Hohenstaufenring 58 - 50674 Köln - Tel. 0221/231790 - FAX:0221/243292

www.dr-skibba.de - info@dr-skibba.de

Patient: . . ., geb. am: / /

Seite 1

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Immunschwäche HIV oder Aids	ja []	nein []
Herzerkrankung	ja []	nein []
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja []	nein []
Hoher Blutdruck	ja []	nein []
Niedriger Blutdruck	ja []	nein []
Ohnmachtsneigung	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	ja []	nein []
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja []	nein []
Epilepsie	ja []	nein []
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?	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 unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	ja []	nein []
Wenn ja, in welchem Monat?		

Immunschwäche HIV oder Aids	ja []	nein []
-----------------------------	--------	----------

Dr. Werner Skibba

Zahnarzt - Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie/Zahnärztliche Prothetik

Hohenstaufenring 58 - 50674 Köln - Tel. 0221/231790 - FAX:0221/243292

www.dr-skibba.de - info@dr-skibba.de

Patient: . . ., geb. am: / . . . /

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja []	nein []
Zahnschmerzen	ja []	nein []
Zahnfleischbluten	ja []	nein []
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja []	nein []
Kiefergelenkbeschwerden	ja []	nein []
Knirschen	ja []	nein []
Mundgeruch	ja []	nein []
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	ja []	nein []
Sonstiges		

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 []
Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?		

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	ja []	nein []
Weißer Zähne (Bleaching)	ja []	nein []
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja []	nein []
Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja []	nein []
Kieferorthopädische Behandlung	ja []	nein []
Austestung verträgl. Füllungsmaterialien	ja []	nein []
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	ja []	nein []
Implantate / Implantatversorgung	ja []	nein []

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum 31.07.2014 Unterschrift _____