



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir wollen, dass Sie sich bei uns wohl und gut aufgehoben fühlen. Um uns perfekt auf Sie vorzubereiten zu können, benötigen wir Ihre Mithilfe. Bitte füllen Sie dieses Formular gewissenhaft aus – so können wir Sie individuell und risikoarm behandeln. Natürlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte informieren Sie uns, wenn sich etwas ändert.

PATIENTENDATEN

Name des Patienten (bitte in Druckbuchstaben) _____ geb. am _____

Anschrift _____

Telefon _____ Fax _____ Mobil _____

Telefon beruflich _____ E-Mail-Adresse _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Hiermit entbinde ich die oben genannte Zahnarztpraxis von ihrer Schweigepflicht gegenüber:

Ehefrau/-mann

Tochter/Sohn

Die genannten Personen sind

Lebensgefährte/-in

Eltern

befugt, Termininformationen im Falle
meiner Abwesenheit zu erhalten.

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: Studentisch versichert? ja nein
Standardtarif? ja nein
Beihilfeberechtigt ja nein

Dürfen wir Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnern? ja nein
Wünschen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Termine, die nicht eingehalten werden können, müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, da ansonsten die durch Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

VERSICHERTENDATEN (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patient oder Versicherten? _____

Versicherter _____ geb. am _____

Anschrift _____

Bitte wenden >>>



Je besser wir Sie kennenlernen, desto erfolgreicher wird unsere Behandlung sein. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gründlich aus, damit wir auch Risikofaktoren berücksichtigen können. Unsere Mitarbeiter unterstützen Sie gerne.

GESUNDHEITSDATEN

| | ja | nein | | ja | nein |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher/Künstl. Herzklappen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Magen-/Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutungsneigung/Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HIV (Aids) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Haben Sie sonstige Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Blutverdünner? (z. B. Aspirin) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja nein

Wenn ja, bei welchen? _____

Wurde/wird eine Strahlentherapie im Kopf-/Halsbereich durchgeführt? ja nein

Wurde/wird eine Bisphosphonat-Therapie durchgeführt? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____

Schnarchen Sie oder Ihr Partner? ja nein

Wünschen Sie eine weitere Beratung? ja nein

Leiden Sie oder Ihr Partner an Mundgeruch? ja nein

Wünschen Sie eine weitere Beratung? ja nein

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? Im _____ Monat
Stillen Sie? ja nein

Bitte denken Sie an Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatienten einstufen und Ihnen eine Rechnung ausstellen.

Datum

Unterschrift