



→ **Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.**

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

.....  
Nachname, Vorname (Patient)

.....  
Geburtsdatum, Geburtsort

weiblich

männlich

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
Postleitzahl, Ort

.....  
Telefon (privat / mobil)

.....  
Telefon geschäftlich

.....  
E-Mail

.....  
Beruf

.....  
Name der Krankenkasse / Versicherung

gesetzlich versichert

Privat versichert – im Basistarif \*

Privat versichert – nicht im Basistarif

Beihilfeberechtigt

\* Bitte haben Sie Verständnis, dass wir unsere Leistungen ohne Rücksichtnahme auf vorgegebene Versicherungstarife berechnen werden

→ **Wer soll die Rechnung erhalten?**

selbst

andere

→ **Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:**

.....  
Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

.....  
Geburtsdatum

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
Postleitzahl, Ort

→ **Dürfen wir Sie an die nächste Kontrolluntersuchung / Zahnreinigung per**

Brief

SMS

E-Mail erinnern?

nein, wird nicht erwünscht

→ **Hausarzt**

.....  
Name, Adresse, Telefon

→ **Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger**

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.



➔ Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich.

**Allergien / Unverträglichkeiten**

Lokalanästhetika  ja  nein  
Schmerzmittel  ja  nein  
Antibiotika  ja  nein  
andere: .....

**Infektionserkrankung?**

HIV  ja  nein  
Hepatitis  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)  ja  nein  
andere: .....

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

Hoher Blutdruck (Hypertonie)  ja  nein  
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  ja  nein  
Herzklappenerkrankung/-defekt  ja  nein  
Herzkrankung  ja  nein  
Herzoperation  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein

**Weitere Erkrankungen**

Diabetes  ja  nein  
Blutgerinnungsstörungen  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
Asthma  ja  nein  
Magenerkrankung  ja  nein

**Weitere Erkrankungen (Fortsetzung)**

Darmerkrankung  ja  nein  
Nierenerkrankung  ja  nein  
Rheuma  ja  nein  
Epilepsie  ja  nein  
Ohnmachtsneigung  ja  nein  
Lungenerkrankung  ja  nein  
Prostataerkrankung  ja  nein  
Grüner Star  ja  nein

**Allgemeine Angaben**

Drogenkonsum  ja  nein  
Alkoholgenuss  ja  nein  
Raucher  ja  nein

Sind Sie schwanger?  ja  nein  
Wenn ja in welcher Woche? .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein  
Wenn ja bitte notieren und  
für welche Krankheit .....

Frühere Röntgenuntersuchung  ja  nein  
Wenn ja, Datum / Körperteil .....

Hatten Sie in den letzten  
6 Monaten eine OP?  ja  nein  
Wenn ja welche .....

➔ Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam

.....  
(z.B. Internet, Telefonbuch, Nachbarn, Freunde ...)

➔ Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

➔ Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, da mir sonst die entstehenden Kosten in Rechnung gestellt werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift