



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

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich! Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillige Angaben.

.....
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