



➔ **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 *

☐ 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
Herzerkrankung ☐ 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 ...) *

→ Hiermit willige ich ein, dass die Zahnärzte Zugriff auf meine ePA (elektronische Patientenakte) haben und ggf. Dokumente (z. B. Bonusheft ect hinterlegen dürfen) ☐ ja ☐ nein

→ 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