

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahn-/medizinischen Wünsche unterhalten können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: _____
geb. am: _____
Geburtsort: _____
Anschrift: _____

Telefon: _____
Fax: _____
Mobil: _____
Telefon Büro: _____
E-Mail Adresse: _____
Beruf: _____
Name der Krankenkasse: _____
Haben Sie eine private Zusatzversicherung? **ja [] nein []**

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____
Versicherter: _____
geb. am: _____
Anschrift: _____

Weitere Angaben

Hausarzt: _____
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**

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.

Bitte wenden

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

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 []
Osteoporose	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, welche?

Sind Sie Raucher? ja [] nein []
 Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja [] nein []

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja []	nein []
Zahnschmerzen	ja []	nein []
Zahnfleischbluten	ja []	nein []
Kiefergelenkbeschwerden	ja []	nein []
Sonstiges:	_____	

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

Datum, Unterschrift _____