

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, 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 und werden gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung verarbeitet und gespeichert. Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

Patient _____
Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift _____
Straße _____ Nr. _____ Telefon _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Rechnungs-
empfänger _____
Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift _____
Straße _____ Nr. _____ Telefon _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Name der Krankenkasse _____
 Ich bin gesetzlich krankenversichert
 Ich habe eine private Zahnzusatzversicherung
 Ich bin ausschließlich privat versichert
 Ich bin beihilfeberechtigt

Beruf _____ Arbeitgeber _____ Telefon _____

Haben/hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Asthma

Allergien

welche? _____

Blutdruck niedrig normal hoch

Herzinfarkt Schlaganfall Lähmungen

wann? _____

Gelbsucht Leberkrankheiten

wann? _____

Diabetes

Rheuma

Bluterkrankungen

Blutgerinnungsstörungen

HIV-Infektion (Aids)

TBS (Tuberkulose)

Schilddrüsenerkrankung

Epilepsie

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

Hausarzt: _____

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4-6 Std. beeinträchtigt sein kann.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft?

welche Woche? _____

Sonstige Angaben/andere Krankheiten?

Pflegegrad _____

Ich möchte am Erinnerungsservice für Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen ja nein überlege noch

Ich bin damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert bzw. auch von uns an diese weitergegeben werden können. Mit der Speicherung meiner Daten bin ich einverstanden. Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum _____ Unterschrift des Patienten oder bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten _____