

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

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 risikoarme Behandlung. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind im Wartezimmer ausgelegt und einsehbar.

Persönliche Daten:

Vor- und Zuname: _____

Geboren am: _____

Anschrift: _____

Straße

Postleitzahl/ Ort

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

Gesetzliche Krankenkassen:

pflichtversichert freiwillig versichert privat zusatzversichert

familienversichert (bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

Vor- und Zuname Mitglied: _____

Mitglied geboren am: _____

Privatversichert: (Wenn ja, welche) _____

Standardtarif Basistarif studentisch versichert

Sie sind uns wichtig!

Gibt es einen besonderen Grund für Ihren Besuch? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

telefonisch schriftlich E-Mail _____

Besitzen Sie ein Bonusheft? Ja Nein

Sind Sie Angstpatient? Ja Nein

Ihr persönlicher Gesundheitscheck – ggf. bitte Herzpass / Allergiepass vorzeigen

Herzerkrankung	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Herzklappenersatz	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Epilepsie/ Anfallsleiden	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Herzschrittmacher	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Nebenhöhlenerkrankungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Hoher Blutdruck	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Magen-Darmerkrankungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Augenerkrankung (Grüner Star)	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Nierenerkrankungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Ohnmachtsneigung	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Lungenerkrankungen / Asthma	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Diabetes	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Osteoporose (Bisphosphonate)	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Blutverdünner, z.B. Marcumar/ ASS	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Infektionskrankheiten	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Wenn ja, Welche _____	
Rheuma	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

Sind Sie Raucher? Ja Nein

Wie viele Zigaretten/ Tag? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Medikamentenunverträglichkeit? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja _____ Ss-Woche Nein ungewiss

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis zu.

Wir werden, falls nötig, mehrere Termine für Sie reservieren. Das erspart Ihnen längere Wartezeiten und wir sind zum vereinbarten Zeitpunkt nur für Sie da. Falls Sie zu einem solchen Termin verhindert sein sollten, sagen Sie bitte spätestens zwei Tage vorher ab. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Erlenbach, den _____ Datum

Unterschrift Patient (gesetzl. Vertreterin/er Erziehungsberechtigte/r)