



Bitte nehmen Sie sich Zeit, die folgenden Fragen im Interesse einer reibungslosen Behandlung sorgfältig zu beantworten. Sämtliche Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Persönliches

Name/Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ/Ort

Tel. privat

Tel. mobil

E-Mail

Beruf

Wenn Sie nicht selbst Versicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name/Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ/Ort

Krankenkasse / private Krankenversicherung

gesetzlich
versichert

privat versichert

(Basistarif

ja

nein)

Zusatz-
versicherung

beihilfe-
berechtigt

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (z.B. Empfehlung, Internet, Zufall)?

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis? (z.B. Vorsorge, Beratung, Neuer Zahnersatz, Schmerzbehandlung, zweite Meinung)

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.

Corona, wann						
Blutdruck	zu hoch				zu niedrig	
koronare Herzkrankheit (KHK)						
Herzrhythmusstörung						
Schlaganfall, wann						
Herzinfarkt, wann						
Herzschriltmacher						
Blutgerinnungsstörung		künstliche Herzklappe		Stents		Bypass
Asthma						
Lebererkrankung	Notfallspray		Atemnot			
Schilddrüsenerkrankungen		Hepatitis	A	B	C	Gelbsucht
Magen-Darm-Erkrankung		Überfunktion		Unterfunktion		
Infektionserkrankungen		HIV	Aids			
MRSA (Krankenhauskeime)						
Tbc (Tuberkulose)		momentan Röteln, Mumps, Masern, Scharlach				
Diabetes	Typ1	Typ2				
Osteoporose						
Tumorerkrankung/ Krebserkrankung			Chemotherapie			Bestrahlung
Rheuma/ rheumatische Erkrankungen			Gicht		Arthritis	
Fibromyalgie						
künstliche Gelenke						
Multiple Sklerose (MS)						
Epilepsie						
Augenerkrankung		grauer Star		grüner Star (Glaukom)		
psychische Erkrankung						

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.

Allergien/ Unverträglichkeiten (z.B. Latex, Metalle, Schmerzmittel/Antibiotika usw.)

Wo gegen:

Allergiepass?

regelmäßiger Alkoholkonsum

Drogeneinnahme

rauchen Sie? Was?

Wieviel pro Tag?

Haben Sie eine nicht hier aufgeführte Erkrankung?

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein? Wenn ja bitte dazuschreiben welche.
Haben Sie einen Medikamentenplan?

Blutverdünner

ASS Aspirin

Clopidogrel/Plavix

Xarelto

Eliquis

Marcumar

Blutdruckmittel

Bisphosphonate

Cortison

Immunsuppressiva

Sonstige

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja

(Woche)

Nein

Ungewiss

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung im Kieferbereich?

Wer ist Ihr Hausarzt? Name:

Telefon:

Sind Sie in anderer ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?

behandelnder Arzt:

Telefon:

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Sind Sie an einer Professionellen Zahnreinigung (PZR) interessiert?

Sind sie an unseren jährlichen Erinnerungsservice (telefonisch oder E-Mail) interessiert?

Möchten Sie uns noch etwas Wichtiges mitteilen?

Zum Schluss noch Informationen unsererseits.

Trotz bester Planung kann es in seltenen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen, da wir verpflichtet sind, auch nicht vorhersehbare Notfallbehandlungen durchzuführen. Wir werden Sie umgehend informieren.

Wir sind eine Bestellpraxis und sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Aus diesem Grunde planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie reserviert sind. Für den Fall, dass Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit er anderweitig vergeben werden kann.

Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und nach geplanter Behandlung in Rechnung zu stellen.

DATENSCHUTZ

Ihre personenbezogenen Daten werden vertraulich behandelt und entsprechen den gesetzlichen Vorschriften. Die Datenschutzerklärung unserer Praxis können Sie im Wartezimmer in der Infomappe einsehen. Auf Wunsch erhalten Sie eine Kopie.

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

Datum, Ort, Unterschrift (bei Minderjährigen, die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)