

HERZLICH WILLKOMMEN!

Wir freuen uns, daß Sie sich für unsere Praxis entschieden haben.

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 personenbezogene und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTENDATEN

Name: _____ Telefon: _____

geboren am: _____ in: _____ Mobil: _____

Anschrift: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Bitte nur bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Sind Sie pflichtversichert? ja nein
Sind Sie freiwillig versichert ja nein
Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ja nein

Bitte nur bei einer Privatversicherung angeben :

Haben Sie den Basistarif? ja nein
Bitte weisen Sie sich dafür gesondert aus.
Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

VERSICHERTENDATEN (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Versicherter: _____

geboren am: _____

Anschrift: _____

WEITERE ANGABEN

Arbeitgeber: _____

Telefonnummer des Arbeitgebers: _____

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft:
(jährliche Einträge der letzten 5 bzw. 10 Jahre) ja nein

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge,
um erneute Erkrankungen zu vermeiden? ja nein

IHR PERSÖNLICHER GESUNDHEITSCHECK:

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Gefäßerkrankungen | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Kreislaufkrankungen | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Hoher Blutdruck | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Niedriger Blutdruck | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Ohnmachtsneigung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Marcumar / Gerinnungshemmer | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Aids | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Blutungsneigung / Bluterkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Rheuma | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Diabetes | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappe | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Lebererkrankung (Hepatitis) | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Magen / Darmerkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Nierenerkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Lungenerkrankung / Asthma | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Schnarchen Sie? Evtl. mit Atemaussetzer? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Epilepsie | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Sind oder waren Sie drogenabhängig? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen, wenn ja welche? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |

Anmerkungen (Behandler): _____

weitere Angaben: _____

Haben Sie Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen aktuellen Allergiepaß? ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja nein

Wenn ja auf welche? _____

Sind Sie Raucher? ja nein _____ Anzahl

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? ja nein _____ Monat

Wurden Sie in den letzten 12 Mon. geröntgt? Wo und wann? _____

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Sollten sie große Ängste vor zahnärztlichen Behandlungen haben,
sprechen Sie uns vertrauensvoll an - **wir haben Verständnis für ihre Sorgen!**

WICHTIGE INFORMATIONEN

- Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Altena, _____ Unterschrift _____

VIELEN DANK FÜR IHRE ANGABEN!