

Liebe Patienten,

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Für Ihre Behandlung benötigen wir einige Angaben, die selbstverständlich der Schweigepflicht unterliegen. Sollten Fragen entstehen, wenden Sie sich bitte an unser Team.

Patient:

_____ Name _____ Vorname _____ geb.

Versicherter:

_____ Name _____ Vorname _____ geb.

Anschrift:

Telefon:

_____ Privat _____ Mobil _____ Beruflich

Arbeitgeber:

_____ E-Mail: _____ @ _____

Krankenkasse /Privatversicherung:

Zusatzversicherung:

Anschrift u. Tel. Ihres Hausarztes:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden:

Leiden Sie an:

- | | | | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Arzneimittel Überempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kreislaufstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leberkrankheiten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | (z.B. Hepatitis, HIV/AIDS) | | |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Asthma | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Blutkrankheiten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | | |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? | _____ | |

Nehmen Sie **Medikamente** ein? Wenn ja , welche? _____

Allergien, wenn ja, welche? _____

Sind Sie an einer Prophylaxe im Erwachsenenalter interessiert, um Ihre Zahngesundheit bis ins hohe Alter zu erhalten? (ab dem 18. Lebensjahr kostenpflichtig). Fragen sie bei Interesse im Sprechzimmer nach.

Möchten Sie von uns 1xjährlich an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden, damit Ihr Bonusheft immer vollständig bleibt? Dieser Service ist für Sie kostenfrei.

Bitte ankreuzen: Ja Nein

Wir erinnern Sie an Ihren Termin immer 24 h vorher. Möchten Sie von uns eine Terminerinnerung erhalten?

Bitte ankreuzen: Ja Nein

Bitte beachten Sie:

Unsere Praxis wird nach dem Vorbestellsystem geführt. Falls Sie einen fest vereinbarten Termin nicht 24 Stunden vorher absagen stellen wir eine Ausfallzeit im Umfange der geplanten Arbeit privat in Rechnung. Desweiteren erhalten Sie Ihre Rechnungen vom Zahnärztlichen Rechenzentrum Dr. Güldener, mit welchem wir zusammenarbeiten.

Ich versichere, dass meine Angaben richtig und vollständig sind. Änderungen in meinem Gesundheitszustand werde ich sofort dem behandelnden Zahnarzt mitteilen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass nach Verabreichung von zahnärztlichen Injektionen mein Reaktionsvermögen (Fahrtüchtigkeit) eingeschränkt sein kann.

Datum: _____

Unterschrift: _____

