

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir führen Sie in unserer Patientenakte mit nachfolgenden Angaben. Bitte prüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten:

geboren am: Geburtsort:

Anschrift:

Name der Krankenkasse:

Telefon: Mobil:

Telefon Büro: Fax:

E-Mail: Beruf:

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten Versicherten

Versicherter:

geboren am:

Anschrift:

Weitere Angaben

Bonusheft vorhanden
 ja nein

Möchten Sie kostenlos an Ihren nächsten professionelle Zahnreinigungstermin erinnert werden?
 ja nein

Name & Anschrift Ihres Zahnarztes / Überweisers:

.....

Name Ihres Hausarztes:

Anschrift Ihres Hausarztes:

Telefon Ihres Hausarztes:

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher / Künstliche Herzklappen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Lebererkrankung (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Magen- / Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Lungenerkrankung / Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Marcumar / Gerinnungshemmer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutungsneigung / Bluterkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	HIV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Haben Sie sonstige Erkrankungen? ja nein
 Wenn ja, welche?

Allergien oder Medikamentenempfindlichkeit ja nein
 Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Sind Sie Raucher? ja nein

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja nein
 Wenn ja, in welchem Monat?

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Starke Schmerzempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			Starker Würgereiz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Beratungswunsch

.....

.....

Wir benötigen bitte Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten von uns eine Rechnung.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum Unterschrift