
Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Arbeitgeber/Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

- Privat versichert - **nicht** im Basistarif
 Privat versichert - im Basistarif

Grund Ihres Zahnarztbesuchs: _____

Früherer Zahnarzt/Zahnärztin: _____
(wegen Röntgenaufnahmen)

Wünschen Sie:

- Erinnerung alle 6 Monate Ja Nein
Informationen über Professionelle Zahnreinigung Ja Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? Empfehlung?

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

BITTE WENDEN !!!

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Medikamente
--------------------	-----------------	-------------

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein
- Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein
- Herzoperation Ja Nein
- Herzschrittmacher Ja Nein

Infektionserkrankungen:

- HIV Ja Nein
- Hepatitis (Gelbsucht) Ja Nein
- Tuberkulose Ja Nein
- Andere:

Allergien / Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika Ja Nein
- Schmerzmittel Ja Nein
- Antibiotika Ja Nein
- Heuschnupfen/Hausstaub Ja Nein
- Andere:

Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen (Verdünnung?) Ja Nein
- Asthma Ja Nein
- Lungen-/ Nierenerkrankung Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
- Rheuma Ja Nein
- Epilepsie Ja Nein
- Diabetes Typ: Ja Nein
- Ohnmachtsneigung Ja Nein
- Andere:

Medikamente:

- Raucher Ja Nein
- Frühere Röntgenaufnahme der Zähne Ja Nein
- Schwangerschaft Ja Nein

Wenn ja, Datum _____

Wenn ja, welcher Monat _____

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes 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.

Datum und Unterschrift