

Liebe Patientin,
lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher.

Patient / Herr Frau Kind / Schüler Student

Name Vorname geb.

Straße / Hausnr. PLZ Stadt

Telefon Festnetz Telefon Mobil Email

Beruf Arbeitgeber Ort

Mitglied / Zahlungspflichtiger (Bei Kindern Erziehungsberechtigte/r) Herr Frau

Name Vorname geb.

Straße / Hausnr. PLZ Stadt

Telefon Festnetz Telefon Mobil Email

Beruf Arbeitgeber Ort

Versicherungsstatus

Name der Krankenkasse / Versicherung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-Versicherte(r) gem.§257 Abs.2a SGB V. |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Ich habe eine private Zahnzusatzversicherung |

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.

Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung vom

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten | <input type="checkbox"/> Anzeige |
| <input type="checkbox"/> Andere Suchmaschine | <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten Online | <input type="checkbox"/> Internet Portal |

Für Ihr Krankenblatt benötigen wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie uns bitte mit auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit! *Danke*

Haben/hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

	ja	nein		ja	nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV-Infektion (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, nehmen Sie oder haben Sie dafür → Medikamente genommen? Z.B. Fosamax, Actonel, Infusion mit Zometa ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nehmen Sie Blutverdünner wie Marcumar, ASS, Iscover?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe oder eine Herzmuskelentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BlutHOCHdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte Werte eingeben:		
Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten oder Stoffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte genaue Angaben machen:		
Für unsere Patientinnen. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, in welchem Monat oder SSW?		
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte Jahr angeben		
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nehmen Sie oder haben Sie Drogen genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?		

Sonstige Angaben/andere Krankheiten

	ja	nein
Haben Sie zur Zeit Schmerzen oder Zahnbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie eine Beratung für Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie eine Zahnbehandlung in Narkose oder Sedierung (Dämmerschlaf)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben.

Ort/Datum	Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r