

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sie möchten von Zahnschmerzen befreit werden oder haben den Wunsch, Ihr Gebiss wieder herzustellen. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, damit die Behandlung angemessen und möglichst ohne Risiko erfolgen kann. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

<input type="radio"/> w <input type="radio"/> m		
Name, Vorname (Patient)	Geburtsdatum	Geschlecht
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort
Telefon	Telefon (geschäftlich)	
E-Mail	Beruf	
Hausarzt		
Krankenkasse / Krankenversicherung		

Ich bin im PKV-Standardtarif versichert Ich bin beihilfeberechtigt

Ich möchte an meine nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden

Wie wurden sie auf unsere Praxis aufmerksam? Empfehlung Telefonbuch _____

Sind Sie nicht selbst zahlungspflichtig, ergänzen Sie bitte die Angaben:

Name, 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 beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) ja nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie) ja nein
Herzklappenerkrankung /-defekt ja nein
Herzerkrankung ja nein
Herzoperation ja nein
Herzschrittmacher ja nein

Bemerkungen:

Infektionserkrankungen

- HIV ja nein
Hepatitis ja nein
Tuberkulose ja nein
Andere ja nein

Allergien / Unverträglichkeiten

- Lokalanästhetika ja nein
Schmerzmittel ja nein
Antibiotika ja nein
Andere ja nein

Weitere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörung ja nein
Asthma ja nein
Lungenerkrankung ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Rheuma ja nein
Epilepsie ja nein
Diabetes ja nein
Nierenfunktionsstörung ja nein
Ohnmachtsneigung ja nein
Andere ja nein

Allgemeine Angaben

- Drogenkonsum ja nein
Raucher ja nein
Regelmäßige Medikamente ja nein
Frühere Röntgenuntersuchung ja nein
Schwangerschaft ja nein

Wenn ja, 0 -10 über 10 Zigaretten / Tag

Wenn ja, welche / Dosierung _____

Wenn ja, Datum / Körperteile _____

Wenn ja, welcher Monat? _____

Wichtige Informationen:

- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.
- 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.
- 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.

Datum _____

Unterschrift (Patient und Zahlungspflichtiger/ Erziehungsberechtigter) _____