

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name	Vorname
Straße, Nr.	PLZ, Ort
Telefon	Handy
Email	Geburtsdatum
Beruf	Krankenkasse

bitte Zutreffendes anklicken/ankreuzen:

gesetzlich versichert?	Zusatzversicherung?	Bonusheft?
privat versichert?	Beihilfe berechtigt?	Basistarif? (Nachweis)

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name	Vorname
Straße, Nr.	PLZ, Ort
Geburtsdatum	

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name/Praxis	Telefon
Straße, Nr.	PLZ, Ort

Hinweise zur Organisation

- **Bitte teilen Sie uns spätestens 24 Stunden vor Ihrem Termin mit, wenn Sie den Termin nicht einhalten können.** Sollten Sie **unentschuldig** nicht zu Ihrem Termin erscheinen (speziell bei langen Terminen z.B. Kronenpräparationen) sind wir berechtigt, eine Unkostenerstattung in Höhe unserer Betriebskosten von **80,-€ je angefangener viertel Stunde** für die reservierte Zeit Ihrer Behandlung zu verlangen.
- Falls Sie Ihre Krankenversicherungskarte vergessen haben, bringen Sie diese bitte innerhalb von 10 Tagen nach, ansonsten werden wir eine Privatliquidation erstellen.
- Bei der Beauftragung von teurem Zahnersatz, behalten wir uns das Recht vor, eine Bonitätsnachfrage bei der Schufa oder ähnlichen Institutionen durchzuführen. Ich stimme hiermit zu.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

durch Bekannte Telefon-/Branchenbuch Zeitungsanzeige Internet Sonstiges

Überweisung von:

Haben Sie

akute Schmerzen?
einen Implantat-Pass?
einen Röntgen-Pass?

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des

Herzens oder Kreislaufs?	ja	nein	Leber?	ja	nein
Nieren?	ja	nein	Schilddrüse?	ja	nein
Magen-Darm-Traktes?	ja	nein	Gelenke (Rheuma)?	ja	nein

Haben oder hatten Sie

hohen Blutdruck?	ja	nein	niedrigen Blutdruck?	ja	nein
Ohrensausen/Tinnitus?	ja	nein	Epilepsie?	ja	nein
grünen Star?	ja	nein	Tuberkulose?	ja	nein
einen HIV positiven Befund?	ja	nein	Hepatitis? A B C	ja	nein
Diabetes? Typ I Typ II	ja	nein	Allergien?	ja	nein

wenn ja, welche? bitte Allergie-Pass mitbringen!

Zu Ihrem Herzen

Haben oder hatten Sie.....	einen Herzschrittmacher?	künstliche Herzklappen? (erhöhtes Endokarditis Risiko)
	eine Angina pectoris?	einen Herzinfarkt?

Medikamente

Nehmen Sie.... Herzmedikamente? Cortison (Kortikoide)? Antidepressiva?
blutverdünnende Medikamente (Marcumar, Aspirin, Eliquis, Plavix, Ginko, Ingwer, ...)
regelmäßig Schmerzmittel? Sonstiges:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein

Wenn ja, gegen welche:

Für unsere Patientinnen

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein wenn ja, welche Schwangerschaftswoche SSW?

Ich bestätige, dass ich die an der Rezeption ausgehängte Patienteninformation zum Datenschutz gelesen habe und gebe hiermit meine **Einwilligung zur Erfassung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten.** **JA**

Des Weiteren stimme ich zu, dass meine Begleitperson sich während meiner Behandlung im Behandlungszimmer aufhalten darf und es der Zahnarztpraxis in einem zahnmedizinischen Notfall erlaubt ist, mir einen anwesenden vertretenden Behandler zuzuteilen, sollte mein Behandler nicht zugegen sein, oder zeitlich verhindert sein.

München, den

Unterschrift: