



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bitte helfen Sie uns, eine auf Sie individuell abgestimmte Behandlung durchzuführen. Füllen Sie dazu bitte diesen Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus. **Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.**

Name:	E-Mail-Adresse:
Vorname:	Name Krankenversicherung:
Straße, Hausnummer:	Versicherter:
PLZ, Wohnort:	Geburtsdatum Versicherter:
Geburtsdatum:	Für Privatversicherte (Zutreffendes bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> Beihilfe berechtigt <input type="checkbox"/> Basistarif versichert
Telefon Zuhause:	Letzter Zahnarztbesuch (Monat/Jahr):
Telefon Mobil:	Letztes Röntgen im Mund (Monat/Jahr):

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? <input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Zeitung <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Praxis gesehen <input type="checkbox"/> Sonstiges _____	JA	NEIN
Möchten Sie von uns an die Kontroll- bzw. Prophylaxe-Termine erinnert werden?		
Für gesetzlich Versicherte: Besteht eine Zahn-Zusatzversicherung?		
Waren Sie in den letzten 6 Monaten stationär im Krankenhaus?		
Haben Sie Schwierigkeiten mit langem Bluten? Blutkrankheiten?		
Haben Sie Herz- oder Kreislauferkrankungen? Operation am Herzen?		
Gab es ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen bzw. Medikamente?		
Besteht ein zu hoher oder zu niedriger Blutdruck ? (Bitte Zutreffendes unterstreichen)		
Existieren Allergien? Wenn ja, gegen:		
Leiden Sie an Infektionskrankheiten (z.B.: Hepatitis, Tuberkulose, HIV)?		
Leiden Sie an Nervenerkrankungen (z.B.: Epilepsie, Krampfanfälle)?		
Leiden Sie an Asthma?		
Leiden Sie an Stoffwechselkrankheiten (z.B.: Diabetes, Schilddrüse)?		
Benötigen Sie eine Antibiotika-Prophylaxe vor der Behandlung?		
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich:		
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche:		
Nehmen Sie Bisphosphonate ein (z.B.: Bonviva, Fosamax, Actonel, Ostac)?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche: _____		

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, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls können mir daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. An längere Termine darf mich die Praxis per Anruf bzw. SMS erinnern. Nach einer Anästhesie kann die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges bzw. von Maschinen beeinträchtigt sein. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen verstanden habe und damit einverstanden bin.

Datum

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter