

Patient

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Wohnort

E-Mail Privat

Telefon

Mobil

Beruf

Arbeitgeber

Hausarzt

Mitglied/Versicherter

Name

Vorname

Geburtsdatum

.....

Krankenkasse

Name der gesetzlichen bzw. privaten Krankenkasse

beihilfeberechtigt

freiwillig versichert

Zahnzusatzversicherung

.....

Zu Ihrem Besuch

Welches Anliegen führt Sie zu uns? _____

Wie haben Sie uns gefunden?

Persönliche Empfehlung

Google / Internet

Social Media

Zeitung

Überweisung Arzt

Sonstiges _____

Zu Ihrer Gesundheit

Allgemeine Krankheiten: Hoher Blutdruck <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Niedriger Blutdruck <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Blutgerinnungsstörung <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Diabetes <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Herzerkrankungen > wenn ja, welche: _____ Allergien wenn ja, welche: _____ Infektionskrankheiten wenn ja, welche: _____ _____	Sonstige Erkrankungen: _____ _____ Rauchen Sie? > wenn ja, wie viel: _____ Nehmen Sie Medikamente? > wenn ja, welche: _____ _____ Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN > wenn ja, wann ist der Geburtstermin: _____ _____	Zu Ihren Zähnen: Haben Sie Zahnfleischbluten? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Sind Ihre Zähne kälteempfindlich? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Wann war Ihre letzte prof. Zahnreinigung? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Haben Sie eine Zahnsperre getragen? (KFO) <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN > wenn nein, warum: _____ _____ _____ _____
---	--	--

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bitten wir Sie, uns unverzüglich mitzuteilen.

Falls Sie einen Termin bei uns nicht wahrnehmen können, sagen Sie diese bitte bis 48 Stunden vorher ab. Sie erweisen uns und anderen Patienten damit einen großen Gefallen, da wir als Bestellpraxis die für Sie vorgenommene Zeit sonst nicht wieder vergeben können. Ausfallzeiten können nach § 615. Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

Ihre Angaben unterliegen den Richtlinien der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO). Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für unten angegebene Zwecke per Telefon/SMS/E-Mail/Postkarte verwendet werden dürfen:

- Terminvergabe und Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorgeuntersuchungen („Recall“) und Zusendung von Gruß- und Geburtstagskarten
- Zusendung von Informationsschreiben

Hiermit versichere ich, die Angaben vollständig und inhaltlich richtig gemacht zu haben. Alle Hinweise im Anamnesebogen habe ich zur Kenntnis genommen. Alle Eingaben wurden entweder von mir persönlich oder von meinem gesetzlichen Vertreter in der Praxis gemacht.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Familienpraxis in Schiefbahn wohl fühlen und beantworten gerne Ihre Fragen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient