



**Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,
Herzlich willkommen in unserer Praxis,**

verschiedene Krankheiten können Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig! Selbstverständlich unterliegen alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____ geb. am: _____ geb. in: _____

Strasse: _____ Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____ Krankenkasse/-versicherung: _____

Beihilfeberechtigt: Basistarif: Zusatzversichert
(private Krankenversicherung)

Versicherter: (sollten Sie selbst versichert sein, entfallen diese Angaben)

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Strasse: _____ Wohnort: _____

Waren Sie in den letzten Monaten im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? ja nein

Schlaganfall ja nein → wenn ja, in welchem Jahr _____

Herzinfarkt ja nein → wenn ja, in welchem Jahr _____

Tumorerkrankungen ja nein → wenn ja, in welcher Region _____

Medikamente ja nein → wenn ja, welche: _____

Schwangerschaft ja nein → wenn ja, welche bestehende SSW. _____

Allergien ja nein → wenn ja, welche: _____

Bisphosphonattherapie ja nein

Hoher Blutdruck ja nein

Niedriger Blutdruck ja nein

Asthma ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Rheuma ja nein

Diabetes ja nein

HIV positiv (AIDS) ja nein

Tuberkulose ja nein

Hepatitis ja nein

Raucher ja nein



Seit dem 01.07.2018 haben Sie bei Beeinträchtigungen und bestehenden Pflegebedarf unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit besondere Leistungen der Krankenkassen in Anspruch zu nehmen.

Liegt bei Ihnen eine Einstufung zum Pflegegrad vor ? ja nein

Erhalten Sie Leistungen nach der Eingliederungshilfe? Ja nein

Wir möchten Ihnen den Besuch in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten, es ist uns wichtig, dass wir Ihre Wünsche kennen.

Sind Sie an Prophylaxe (Vorbeugung gegen Zahnschäden) interessiert ? ja nein

Sind Sie an Zahnaufhellung (Bleaching) interessiert? ja nein

Leiden Sie an Kopf-/Nacken-/Kiefergelenksbeschwerden? ja nein

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen? _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? Internet Empfehlung Sonstige

Möchten Sie an die Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig erinnert werden? ja nein

Wenn ja, in welcher Form? Brief Email Adresse: _____

SMS Anruf

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt Sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Liebe Patienten,

**ab dem 25.05.2018 greift die neue Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Selbstverständlich sind Ihre Daten nach wie vor bei uns in guten Händen. Wir richten uns streng nach gesetzlichen Vorgaben und halten für Sie gerne unser Datenschutzkonzept zur Einsicht bereit.
Sprechen Sie uns an!**