

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben. Bitte prüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patientendaten

Name des Patienten: .....

geboren am: ..... Geburtsort: .....

Anschrift: .....

Name der Krankenkasse: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

Telefon Büro: ..... Fax: .....

E-Mail: ..... Beruf: .....

Dürfen wir Ihnen Terminerinnerungen per SMS senden?  ja  nein

Dürfen wir Ihnen Terminbenachrichtigungen per E-Mail senden?  ja  nein

### Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an  Patienten  Versicherten

Versicherter: .....

geboren am: .....

Anschrift: .....

### Weitere Angaben

Bonusheft vorhanden

ja  nein

Name & Anschrift Ihres Zahnarztes / Überweisers: .....

.....

Name Ihres Hausarztes: .....

Ort Ihres Hausarztes: .....

## Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Lebererkrankung (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher / Künstliche Herzklappen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Lungenerkrankung / Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Marcumar / Gerinnungshemmer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	HIV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutungsneigung / Bluterkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Haben Sie sonstige Erkrankungen?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? .....

Allergien oder Medikamentenempfindlichkeit  ja  nein  
 Wenn ja, welche? .....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? .....

Sind Sie Raucher?  ja  nein

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?  ja  nein  
 Wenn ja, in welchem Monat? .....

## Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?  
 .....

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Starke Schmerzempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			Starker Würgereiz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch vermisst? .....

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen? .....

## Beratungswunsch

.....

.....

Selbstverständlich behandeln wir Sie auch, wenn Sie Ihre Versichertenkarte einmal vergessen haben. Allerdings können wir nur mit der Krankenkasse abrechnen, wenn uns die Karte vorliegt. Wir müssen deshalb darauf bestehen, dass Sie Ihre Karte innerhalb 5 Tagen nachreichen, da wir ansonsten gezwungen sind, Ihre Behandlung auf der Basis der GOZ als Privatbehandlung zu berechnen.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum ..... Unterschrift .....