

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Um uns individuell auf Sie einstellen zu können und um die optimale Therapie für Sie zu wählen, benötigen wir von Ihnen einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Bitte teilen Sie uns auch künftig Änderungen mit. Die von Ihnen angegebenen Daten werden von uns im Rahmen unserer ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt und nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis an Dritte weitergegeben.

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Kommen Sie als Notfallpatient, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher, da wir Ihnen ansonsten ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen.

Persönliches

Name (Patient), Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Beruf des Patienten

Arbeitgeber

Mitglied/Zahlungspflichtiger

Name (Patient), Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Beruf des Mitgliedes

Arbeitgeber

Krankenversicherung

Krankenkasse oder Versicherung

Ich bin gesetzlich versichert

Ich bin privat versichert

Ich bin freiwillig versichert

Ich bin privat zusatzversichert

Ich bin Basistarif-Versicherte/r

Ich bin Standardtarif-Versicherte/r

Ich habe die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt

Ich bin zuschussberechtigt

Ich bin nicht versichert

Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin

Name, Anschrift, Telefon

Allgemeine Anamnese

1. a) Haben Sie oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Asthma (schwere Atemnot)	ja	nein	Bluterkrankungen	ja	nein	Leberkrankheiten	ja	nein
Blutgerinnungsstörungen	ja	nein	Zuckerkrankheit	ja	nein	Hepatitis	ja	nein
Schilddrüsenerkrankungen	ja	nein	Anfallsleiden	ja	nein	HIV-Infektion	ja	nein
Osteoporose	ja	nein	Rheuma	ja	nein	TBC	ja	nein
Tumor/Karzinom/Krebs	ja	nein	Nehmen/nahmen Sie i. d. Zusammenhang Bisphosphonate	ja	nein			

1.b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit

von Medikamenten bzw. Materialien ja nein wenn ja, welche

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

1.c) Herzinfarkt

Nehmen Sie allgemeine blutgerinnungshemmende Mittel? ja nein wenn ja, welche

Schlaganfall ja nein

1.d) Blutdruck niedrig normal hoch ggf. Werte

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein ggf. welche?

4. Rauchen Sie? ja nein

5. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss ggf. wievielte Woche

6. Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen? ja nein

7. Haben Sie Zahnfleischprobleme? ja nein

8. Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? ja nein

9. Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

10. Sonstige Angaben/andere Krankheiten

11. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein Wünsche Sie einen? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil)

12. Wird ein Recall gewünscht? ja nein

13. Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt bzw. sind Sie an einem Prophylaxeprogramm z.B. an einer professionellen Zahnreinigung interessiert? ja nein

14. Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

15. Haben Sie noch Fragen oder Anliegen?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum

Unterschrift