



1. Patientendaten:

Nachname, Vorname

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefon (privat)

Telefon (Büro / Handy)

Beruf

E-Mail Adresse

Versicherung: gesetzlich privat

Name der Versicherung / Krankenkasse

2. Allgemeinzustand:

Hausarzt: Name, Adresse

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich!

- Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen?
Blutdruck, Herzinfarkt, Herzschrittmacher, ... nein ja _____
- Leiden Sie an Infektionserkrankungen?
Hepatitis, TBC, HIV, ... nein ja _____
- Leiden Sie an Allergien/Unverträglichkeiten?
Heuschnupfen, Latex, Penicillin, Schmerzmittel, ... nein ja _____
- Leiden Sie an Blutgerinnungsstörungen?
Leberzirrhose, Hämophilie, Von-Willebrand, ... nein ja _____
- Leiden Sie an anderen Erkrankungen?
Asthma, Diabetes, Schilddrüsen- /Nierenerkrankung, ... nein ja _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? nein ja _____
- Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? nein ja welcher Monat? _____

3. Zusätzliche Informationen:

- Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____
- Möchten Sie an die nächste Kontrolluntersuchung in 6 Monaten erinnert werden? ja nein
- **nur für gesetzlich Versicherte:**
Ich bin einverstanden, dass anstelle von Amalgam hochwertige Kunststoff-Keramik
Füllungen verwendet werden? Ihnen werden Materialkosten von ca. 15-30 € in Rechnung gestellt! ja nein

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Wir behalten uns das Recht vor Ihren Eigenanteil über eine private Verrechnungsstelle abzurechnen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben sowie die Kenntnisnahme dieser Hinweise und Ihr Einverständnis!

Datum



Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter