

Patient/In

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum / -ort _____

Mitglied

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Dem Ehepartner darf im Notfall Auskunft erteilt werden? Ja Nein

Anschrift

Straße _____ Postleitzahl / Ort _____ E-Mail _____

Telefon _____ Privat _____ Mobil _____

Krankenversicherung

gesetzlich versichert Zusatzversicherung privat versichert Basistarif: Ja Nein

Beruf* _____ Arbeitgeber* _____ Telefon geschäftlich* _____

Anschrift Arbeitgeber Postleitzahl / Ort* _____

*Angaben freiwillig

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems? Ja Nein

Haben Sie zu hohen Blutdruck (Hypertonie)? Ja Nein

Haben Sie Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV, Aids usw.)? Ja, welche: _____ Nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein

Haben Sie innere Krankheiten (z. B. Diabetes mellitus usw.)? Ja Nein

Leiden Sie unter Überempfindlichkeiten / Allergien? Ja, welche: _____ Nein

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (sog. Biophosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja, welche: _____ Nein

Nehmen Sie blutverdünnende (gerinnungshemmende) Medikamente ein?

Ja, welche: _____ Nein

Wurde bei Ihnen in den letzten Jahren eine Parodontitis-Behandlung durchgeführt?

Ja Nein

Rauchen Sie?

Ja Nein

Befinden Sie sich in der Schwangerschaft?

Ja, im ____ Monat. Nein

Wünschen Sie eine gezielte Beratung über:

Bleaching / Zahnaufhellung

Amalgamaustausch und Alternativen

Kinderprophylaxe

Implantate

Gold- bzw. Keramikinlays

Veneers

Professionelle Zahnreinigung

Wie wurden Sie auf die Praxis aufmerksam?

Empfehlung von _____

Werbung. Wenn ja, welche? _____

Internet

Sonstiges: _____

Wünschen Sie eine Aufnahme in unser „Termin-Erinnerungssystem“? Ja, ich unterschreibe: _____ Nein

Alle Informationen unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht** und den **Bestimmungen des Datenschutzes** und werden daher streng vertraulich behandelt.

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch **mindestens 24 Stunden vorher** abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten (von ca. 85,00 € je Behandlungsstunde) in Rechnung gestellt werden.

Ich (Patient / Patientin) wurde darüber aufgeklärt, dass ich bei Nichtvorlegen eines gültigen Behandlungsausweises (Krankenversichertenkarte) zu Behandlungsbeginn verpflichtet bin, diesen **innerhalb von 10 Tagen unverzüglich nachzureichen**. Komme ich dieser Aufforderung nicht nach, so werden mir die erbrachten Leistungen privat in Rechnung gestellt.

Ich bestätige die **Richtigkeit der obigen Angaben** und verpflichte mich, die Zahnarztpraxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Einer Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Datum _____

Unterschrift _____