



Liebe Patientin, lieber Patient, - herzlich Willkommen in unser Praxis!

Um Ihren Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten zu können und damit wir uns so gut wie möglich auf Ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche einstellen können, beantworten Sie bitte folgende Fragen möglichst vollständig:

1. Ihre persönlichen Daten:

_____ Name und Vorname	_____ Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W
_____ Geburtsort	_____ Beruf		
_____ Straße und Hausnummer	_____ PLZ und Wohnort		
_____ Telefonnummer (tagsüber erreichbar)	_____ E-Mail		
_____ Krankenkasse	zusatzversichert <input type="checkbox"/>		
_____ Private Versicherung	beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/>	privat Basistarif versichert <input type="checkbox"/>	

Wir erinnern Sie gerne an Ihren nächsten Vorsorgetermin!

möglich per: Telefon E-Mail schriftlich per Brief

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Werbung S-Bahn Leuchttafel Haus Bekannte/Familie Praxis-Website Jameda

2. Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

Herz-Kreislaufkrankungen

Hoher Blutdruck Niedriger Blutdruck Herzklappenerkrankung/-defekt Herzinsuffizient

Nehmen Sie diesbezüglich Medikamente? _____

Infektionskrankheiten

HIV Hepatitis A, B oder C Tuberkulose

Nehmen Sie diesbezüglich Medikamente? _____

Allergien oder Unverträglichkeiten bei einem Zahnarztbesuch

Lokalanästhesie Schmerzmittel Antibiotika Andere

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörung Asthma Schilddrüsenerkrankung Epilepsie
Diabetes Ohnmachtsneigung Andere

Nehmen Sie diesbezüglich Medikamente? _____

Allgemeine Angaben

Raucher 0-10 Zigaretten mehr als 10 Zigaretten
Schwangerschaft welche Woche _____

3. Spezielle Anamnese

Schmerzen im Ohr-Kiefergelenksbereich Knirschen oder pressen Sie Gefühl Ihr Biss stimmt nicht
Verspannungen im Nacken-, Rücken-, und /oder Schulterbereich

Sie sind uns besonders wichtig, was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen und was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch vermisst?

Wichtige Informationen!

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher strengst vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren. Weiterhin verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder diese 24 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls können die daraus entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich benötige die Krankenversicherungskarte beim 1. Besuch im Quartal. Liegt diese nicht 14 Tage nach der Behandlung vor werde ich als Privat Patient betrachtet und erhalte eine Rechnung. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe und die Informationen verstanden habe.

Berlin, _____

Unterschrift _____