



HERZLICH WILLKOMMEN!

Bitte nehmen Sie sich ein wenig Zeit, damit wir Ihre aktuellen persönlichen Daten aufnehmen können und uns über Ihre medizinische Vorgeschichte (2. Blatt) informieren können.

PATIENT: _____ geb. _____

HAUPTVERSICHERTER: _____ geb. _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON: _____
privat beruflich mobil

E-MAIL: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Bitte gestatten Sie uns einige Fragen zu Ihrem Versicherungsstatus:

Wie sind Sie versichert? (bitte ankreuzen)

Private Krankenversicherung Versicherungsgesellschaft: _____

bei Privatpatienten: Beihilfe ja nein

Gesetzliche Krankenversicherung Versicherungsgesellschaft: _____

Haben Sie eine private Zahn-Zusatzversicherung abgeschlossen?

nein

ja, bei der _____ Versicherungsgesellschaft

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Wir tragen Sie in unsere Kartei für den Erinnerungsservice (Recall) ein. Sie werden dann in regelmäßigen Abständen oder zum vereinbarten Zeitpunkt postalisch oder per E-Mail an den nächsten fälligen Termin erinnert. Ich wünsche die Erinnerung postalisch (Brief) per E-Mail (E-Mail Adresse oben angegeben?)

Bitte beachten Sie: Sollten sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, sagen Sie diese bitte mindestens 24 Std. vorher ab. Nicht eingehaltene Termine werden mit einem Ausfallhonorar (nach §615 Satz 1 BGB) von 25,- Euro je 15 min. geplante Behandlungszeit in Rechnung gestellt!

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Zudem bestätige ich, die Hinweise zum Datenschutz in dieser Praxis (Aushang im Rezeptionsbereich oder die Einlage im Patienteninformationsordner im Wartebereich) gem. Art. 13 und 14 DSGVO gelesen zu haben.

Düsseldorf, den _____

Unterschrift



MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE:

Allgemeine Anamnese:

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, welche _____ |
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Asthma / Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, welche _____ |
| Allergien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, welche _____ |
| Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, welche _____ |
| Nierenerkrankung | <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 | |
| HIV-/AIDS-Erkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Infektionserkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, welche _____ |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
wenn ja, welche _____

Rauchen Sie? ja nein
wenn ja, wie viel _____

Zahnmedizinische Anamnese:

Haben Sie ...

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Beschwerden an den Zähnen | <input type="checkbox"/> ja | wenn ja, wo _____ |
| Geräusche / Probleme im Kiefergelenk | <input type="checkbox"/> ja | wenn ja, welcher Art _____ |
| Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> ja | |

Wann waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung? _____

Wann wurden zuletzt Röntgenbilder von den Zähnen angefertigt? _____

Haben Sie bereits eine Zahnfleisch-/Parodontosebehandlung gehabt? ja wenn ja, wann _____

Hatten Sie jemals Probleme mit Narkose- oder Betäubungsmitteln ja nein

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Düsseldorf, den _____

Unterschrift