

Herzlich Willkommen in unserer Gemeinschaftspraxis.

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien einige Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Personalien

Patient

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße + Hausnr. _____
PLZ + Ort _____
Telefonnummer _____
Mobil _____
E-Mail Adresse _____

Versicherungsnehmer

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße + Hausnr. _____
PLZ + Ort _____
Telefonnummer _____

Versicherung

gesetzlich () freiwillig () privat () PKV Basistarif () Beihilfe () Zusatzversicherung ()

Hausarzt _____

Pflegebedürftigkeit ja () nein () Pflegegrad _____

Anamnese

Leiden Sie unter Diabetes? (Zuckerkrankheit) Ja () Nein ()
Leiden Sie unter Asthma? Ja () Nein ()
Leiden Sie unter Blutungsneigung? Ja () Nein ()
Leiden Sie unter einem Glaukom? (grüner Star) Ja () Nein ()
Leiden Sie unter Herz-Kreislaufkrankungen? Ja () Nein () wenn ja, welche? _____
Leiden Sie unter Allergien? Ja () Nein () wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter Infektionskrankheiten

Ja () Nein () wenn ja, welche? _____

(HIV, Hepatitis, MRSA, Tuberkulose)

Leiden Sie unter anderen Erkrankungen?

Ja () Nein () wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja () Nein () wenn ja, welche? _____

Für weibliche Patienten: besteht eine Schwangerschaft?

Ja () Nein () wenn ja, welche Woche? _____

Sonstiges

Haben Sie Beschwerden im Kiefergelenk?

Ja () Nein ()

Haben Sie öfter Zahnfleischbluten?

Ja () Nein ()

Haben Sie sonstige Anliegen?

Ja () Nein () wenn ja, welche? _____

Prophylaxe

Besteht Interesse an unserem Hygieneprogramm in Form einer Professionellen Zahnreinigung?

Ja () Nein ()

Zahnaufhellung / Bleaching

Haben Sie Interesse an einer Zahnaufhellung?

Ja () Nein ()

Wir informieren Sie gerne über unser Fläsch-Bleachingsystem

RecallMöchten Sie von uns an Ihren regelmäßigen Untersuchungstermin (Bonusheft) erinnert werden?
Unser Praxisteam meldet sich bei Ihnen.

Ja () Nein ()

halbjährlich ()

jährlich ()

SMS Terminerinnerung

Möchten Sie von uns per SMS an Ihren Zahnarzttermin erinnert werden?

Ja () Nein ()

Datum _____

Unterschrift _____