



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis!
 Damit wir Ihnen bei der zahnärztlichen Behandlung die bestmögliche Betreuung zukommen lassen können, ist es wichtig, dass Sie folgende Fragen gewissenhaft beantworten. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht, an die wir - das ganze Praxisteam - gebunden sind. Vielen Dank für Ihre Mühe!

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum/ Geburtsort: _____

Adresse: _____

Telefon/ E-Mail: _____

Versicherung, falls Privat: _____ Basistarif ja nein

Sie kommen auf Empfehlung von: _____

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?
 (Bitte zutreffendes untersteichen)

Nehmen Sie **Medikamente**? (welche) _____ ja nein

Allergie (welche) _____ ja nein

Herz-Kreislauferkrankung (Herzinfarkt, -rythmusstörung, -klappenfehler oder
 -ersatz, -schrittmacher, Angina pectoris, Apoplex) ja nein

Diabetes (welcher Typ) _____ ja nein

Hypertonie (zu hoher Blutdruck) / **Hypotonie** (zu niedriger Blutdruck) ja nein

Atemwegserkrankungen (welche) _____ ja nein

Epilepsie ja nein

Glaukom (erhöhter Augendruck) ja nein

Bluterkrankungen / Blutgerinnungsstörungen _____ ja nein

Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV, Tbc o.ä.) ja nein

Lebererkrankungen ja nein

Niereninsuffizient ja nein

bitte wenden >>



Schilddrüsenerkrankungen (Überfunktion, Unterfunktion) ja nein
Zahnfleischbluten ja nein
Besteht eine Schwangerschaft? (wenn ja, welcher Monat) _____ ja nein

Möchten Sie regelmäßig an Ihren nächsten Kontrolltermin erinnert werden (**Recall**)? ja nein

Wünschen Sie über unser Prophylaxeprogramm (**professionelle Zahnreinigung**) informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht übernommen werden? Dann sprechen Sie uns an, wir beraten Sie gerne.

ja nein

Wünschen Sie über **neue und bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden** informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden? Dann sprechen Sie uns an, auch darüber beraten wir Sie gerne.

ja nein

Wir behalten uns vor, vereinbarte Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, nach BGB § 615 in Rechnung zu stellen.

Ich habe die beiliegende und in den Praxisräumen ausgehängten allgemeinen Geschäftsbedingungen zur Kenntnis genommen und bin mit deren Einbeziehung in den Behandlungsvertrag einverstanden.

Mir wurde das Merkblatt „allgemeine Geschäftsbedingungen“ ausgehändigt und ich habe diese zur Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift