

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

Patientendaten

Name des Patienten: _____

geb. am: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Krankenkasse angeben:

Pflichtversichert **ja [] nein []**

Freiwillig versichert **ja [] nein []**

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? **ja [] nein []**

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt?

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail Adress: _____

Beruf: _____

Versichertendaten

(sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____

Versicherter: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Name und Anschrift Ihres Zahnarztes/Überweisers: _____

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge,
um erneute Erkrankungen zu vermeiden? **ja [] nein []**

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Termin erinnert
werden? **[] telefonisch [] per E-Mail**

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

Patient Name: _____

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	ja [] nein []
Herzschrittmacher / Künstliche Herzklappen	ja [] nein []
Hoher Blutdruck	ja [] nein []
Niedriger Blutdruck	ja [] nein []
Ohnmachtsneigung	ja [] nein []
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja [] nein []
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja [] nein []
Rheuma	ja [] nein []
Diabetes	ja [] nein []
Schilddrüsenerkrankung	ja [] nein []
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja [] nein []
Nierenerkrankung	ja [] nein []
Lungenerkrankung / Asthma	ja [] nein []
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung	ja [] nein []
Epilepsie	ja [] nein []
Tuberkulose	ja [] nein []
HIV	ja [] nein []
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? Wenn ja, welche?	ja [] nein []

Allergien Wenn ja, welche?	ja [] nein []
-------------------------------	-----------------

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?	ja [] nein []
---	-----------------

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? Wenn ja, bei welchen?	ja [] nein []
---	-----------------

Sind Sie Raucher? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?	ja [] nein []
---	-----------------

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?	ja [] nein []
--	-----------------



Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

Patient Name: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Wichtige Information:

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

Der Speicherung meiner persönlichen Daten Daten und Weitergabe an Ärzten und Überweiser stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die ab abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift

