



■ Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir bitten Sie, uns zunächst einige Informationen für unsere Administration zu geben. Wenn Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, geben Sie diese bitte am Empfang ab.

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

PLZ _____

Wohnort _____

Straße _____

Telefon _____

Mobil _____

e-Mail _____

Meine Krankenversicherung:

- selbst versichert
 versichert mit
 Ehemann
 Ehefrau
 Vater

- Mutter
 Name _____
 Vorname _____
 Geburtsdatum _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Internet Überweisung Bekannte Sonstiges _____

■ Bitte helfen Sie uns.

Damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können, ist es wichtig, dass Sie auch alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

Haben oder hatten Sie:

	Ja	Nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	--------------------------

Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	--------------------------

Hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------

Zucker (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	--------------------------

Fallsucht (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	--------------------------

Erkrankungen:

der Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------

der Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------

der Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------------------

des Magen-Darm-Traktes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------

der Gelenke (Rheuma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------

Krankenhausaufenthalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------

Leiden Sie an Allergien?

Welche? Ja Nein

Besteht eine Medikamentenallergie? Ja Nein
Gegen welche Medikamente?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? Ja Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel ein? Welche? Ja Nein

Leiden Sie an Infektionskrankheiten? (HEP, TBC, HIV) Welche? Ja Nein

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? An welchen? Ja Nein

Sind Sie zur Zeit schwanger? Ja Nein
In welchem Monat?

Wenn ja, weswegen?

Unterschrift _____

■ Wichtige Informationen zum Datenschutz

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.
- Bitte beachten Sie, dass wir eine reine Bestellpraxis sind. Terminabsagen und Verschiebungen bis 48h vor Behandlungsbeginn sind kostenfrei. Danach können Ihnen Ausfallhonorare in Rechnung gestellt werden.
- Ich wünsche regelmäßige Informationen und Recall-Service: telefonisch per Mail per Post
Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.
- Unsere aktuellen Datenschutzbestimmungen finden Sie unter www.zahnaerztesaarland.de/datenschutz.html
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Datum _____

Unterschrift _____