



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Um einen reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten, bitten wir Sie um einige Angaben. Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Patient		
Name, Vorname		Geburtsdatum
Kontaktdaten		
Straße, Nr.		
Ort, PLZ		
Tel. privat		Mobil
Tel. beruflich		E-Mail
Mitglied		
Name, Vorname		Geburtsdatum
Adresse		
Versicherung		
Gesetzlich <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	
Privat <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Volltarif <input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	
Beruf / Arbeitgeber		
Beruf		Arbeitgeber
Medizinische Vorgeschichte		
Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Warum?		
Hausarzt		Tel.
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Allergien?	Leiden Sie an folgenden Krankheiten?	Leiden Sie an folgenden Krankheiten?
	Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Blutgerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Diabetes <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Herz-/Kreislaufkrankungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rheuma <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Erkrankungen?	Osteoporose <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Grüner Star (Glaukom) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Infektionskrankheiten: Hepatitis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	HIV <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Dürfen wir Sie zur Vorsorgeuntersuchung in Verbindung mit der professionellen Zahnreinigung erinnern? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Um unnötige Wartezeiten zu vermeiden, arbeiten wir in unserer Praxis mit einem Bestellsystem. Daher bitten wir Sie, sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, uns mindestens 24 Stunden vorher Bescheid zu sagen. Nicht abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden. Alle Informationen zur DSGVO finden Sie als Aushang im Wartezimmer.



Datum

Unterschrift

Mit der Angabe der E-Mail-Adresse erkläre ich mich bereit, dass diese zum Führen der Korrespondenz per E-Mail bezüglich meiner Behandlung in Ihrer Praxis verwendet werden darf. Es wird versichert, dass meine E-Mail-Adresse ausschließlich zu diesem Zweck verwendet und nicht an Dritte herausgegeben wird.



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Um einen reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten, bitten wir Sie um einige Angaben. Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Patient		
Name, Vorname	Geburtsdatum	
Kontaktdaten		
Straße, Nr.		
Ort, PLZ		
Tel. privat	Mobil	
Tel. beruflich	E-Mail	
Mitglied		
Name, Vorname	Geburtsdatum	
Adresse		
Versicherung		
Gesetzlich <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	
Privat <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Volltarif <input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	
Beruf / Arbeitgeber		
Beruf	Arbeitgeber	
Medizinische Vorgeschichte		
Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Warum?		
Hausarzt	Tel.	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Allergien?	Leiden Sie an folgenden Krankheiten? Ja Nein	Leiden Sie an folgenden Krankheiten? Ja Nein
	Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Blutgerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Herz-/Kreislaufkrankungen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rheuma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen?	Osteoporose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Grüner Star (Glaukom) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Infektionskrankheiten: Hepatitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	HIV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Dürfen wir Sie in unser Recallsystem aufnehmen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Um unnötige Wartezeiten zu vermeiden, arbeiten wir in unserer Praxis mit einem Bestellsystem. Daher bitten wir Sie, sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, uns mindestens 24 Stunden vorher Bescheid zu sagen. Nicht abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden. Alle Informationen zur neuen DSGVO finden Sie als Aushang im Warterzimmer.

Datum



Unterschrift

Mit der Angabe der E-Mail-Adresse erkläre ich mich bereit, dass diese zum Führen der Korrespondenz per E-Mail bezüglich meiner Behandlung in Ihrer Praxis verwendet werden darf. Es wird versichert, dass meine E-Mail-Adresse ausschließlich zu diesem Zweck verwendet und nicht an Dritte herausgegeben wird.