



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

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

Patient						
Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>			
Kontaktdaten						
Straße, Nr.		<input type="text"/>				
Ort, PLZ		<input type="text"/>				
Tel. privat	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>			
Tel. beruflich	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>			
Mitglied						
Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>			
Adresse		<input type="text"/>				
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	<input type="text"/>	Arbeitgeber	<input type="text"/>			
Medizinische Vorgeschichte						
Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Warum?		<input type="text"/>				
Hausarzt	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>			
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
<input type="text"/>	Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	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"/>
<input type="text"/>	Infektionskrankheiten: Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dürfen wir Sie zur Vorsorgeuntersuchung in Verbindung mit der professionellen Zahnreinigung erinnern?		<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 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.