



Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönlich

| | | |
|--------------------------------------|---------------|-------------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum, Ort |
| Straße, Nummer | PLZ, Ort | Beruf |
| Telefon (tagsüber und/oder privat) * | Mobiltelefon* | E-Mail* |
| Arbeitgeber | Adresse | |

Versicherung

pflichtversichert freiwillig versichert Krankenkasse _____
 Privat vollversichert Basistarif Beihilfeberechtigt
 Zusatzversicherung _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

| | | |
|---|--------------|------------------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum | Beruf des Versicherten |
| Arbeitgeber | Krankenkasse | |
| ggf. abweichende Anschrift des/der Versicherten | | |

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

| | |
|---|---|
| Atemwegserkrankungen (Asthma, schwere Atemnot) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____ |
| Allergien (Penicillin, Schmerzmittel) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____ |
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____ |
| Rheumatische Erkrankungen | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____ |
| Infektionskrankheiten (Tbc, Aids, Hepatitis u.a.) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____ |
| Herz, Kreislauferkrankungen (Herzinfarkt, Bluthochdruck) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____ |
| Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____ |
| Sonstige Erkrankungen | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____ |
| Regelmäßige Medikamenteneinnahme? (Marcumar, ASS, Bisphosphonate) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____ |
| Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein _____ |
| Wann war die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung? | _____ |

Für einen reibungslosen Behandlungsablauf planen wir ausreichend Zeit für die für Ihre geplante Behandlung ein. Sollte es Ihnen aus verschiedenen Gründen nicht möglich sein, den vereinbarten Termin einzuhalten, bitten wir Sie diesen Termin **24 Std.** vor Behandlungsbeginn abzusagen. Bei nicht Erscheinen zur geplanten Behandlung, ohne diesen Zeitgerecht abzusagen, müssen wir Ihnen ein **Ausfallhonorar von 80 €** – Privat in Rechnung stellen.

Zur Kenntnis genommen:

Ort, Datum

Unterschrift