

**MVZ Dentologicum GbR**  
**Medizinisches Versorgungszentrum**  
**Friedensallee 290**  
**22763 Hamburg**



Patient/-in Nr.

**Bitte füllen Sie die folgenden Felder aus** (Alle nachfolgenden und im weiteren Behandlungsverlauf abgegebenen Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt):

PATIENT/-IN:

Nachname ..... Vorname ..... Geb.-Datum / Geb.-Ort .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Telefon: ..... Mobil-Nr.: .....

E-Mail-Adresse: .....

Beruf: .....

Krankenkasse: .....  
(bei privaten Krankenkassen bitte auch den Namen der Gesellschaft angeben)

Zusatzversichert bei: .....

Beihilfeversichert bei: .....

HAUPTVERSICHERTE/-R (falls Versicherung über Eltern oder Ehegatten/-in besteht):

Nachname ..... Vorname ..... Geb.-Datum .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

RECHNUNGSANSCHRIFT (falls abweichend von Patient/-in ist):

Nachname ..... Vorname ..... Geb.-Datum .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

### Terminvergabe

Unser MVZ wird nach einem Bestellsystem geführt. Wir bitten Sie daher, falls erforderlich, die mit Ihnen vereinbarten Termine **mindestens 24 Stunden vorher abzusagen**. Bei **nicht rechtzeitiger Absage**, werden Ihnen pro reservierter Behandlungsstunde **150,-- Euro in Rechnung gestellt**. Ein unverschuldetes Nichterscheinen bleibt davon unberührt. Der Nachweis eines geringeren oder keinen Schadens bleibt unbenommen.

**Ich habe diesen Hinweis zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.**

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in  
(ab dem 16. Lebensjahr)

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift  
des/der Erziehungsberechtigten /  
gesetzliche/n Vertreter/in

**Für eine umfassende zahnärztliche/ärztliche Diagnostik benötigen wir folgende Angaben:** Bitte Zutreffendes ankreuzen und ausfüllen.



Haben Sie Allergien? (Insbesondere: Latex, Medikamente, Metalle, Kunststoffe?)	<input type="checkbox"/> Mir sind keine bekannt. <input type="checkbox"/> Allergiepass vorhanden. <input type="checkbox"/> Ja, gegen .....
Haben Sie eine Herz-Kreislaufkrankung? (Bluthochdruck, Schlaganfall, Stent, Herzschrittmacher)	<input type="checkbox"/> Mir sind keine bekannt. <input type="checkbox"/> Herzpass vorhanden. <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: .....
Haben Sie eine Infektionskrankheit? (Insbesondere Hepatitis, HIV/Aids, TBC)	<input type="checkbox"/> Mir sind keine bekannt. <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: .....
Haben Sie Erkrankungen der inneren Organe/des Nervensystems? (Diabetes, Glaukom, Epilepsie, Schilddrüse, Depressionen)	<input type="checkbox"/> Mir sind keine bekannt. <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: .....
Sind Sie in regelmäßiger psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, wegen: .....
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Blutverdünner z.B. Xarelto, Thromboseprophylaxe Osteoporosemedikamente, Bisphosphonate)	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Medikamentenliste vorhanden. <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: .....
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: .....
Haben Sie je Medikamente eingenommen welche die Wundheilung beeinträchtigen? (Osteoporosemittel, Bisphosphonate)	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: .....
Hatten Sie eine Bestrahlung oder Chemotherapie?	<input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein.
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht schwanger. <input type="checkbox"/> Ich bin schwanger, im ..... ten Monat. <input type="checkbox"/> Es besteht die Möglichkeit.



Bitte Zutreffendes ankreuzen und ausfüllen.

Sind Sie Raucher? (Zigaretten, Zigarren, Pfeife, E-Zigarette)	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, weniger als 3 pro Tag. <input type="checkbox"/> Ja, mehr als 3 pro Tag.
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Gelegentlich. <input type="checkbox"/> Täglich.
Konsumieren Sie regelmäßig oder gelegentlich Drogen, oder bewusstseinsweiternde Substanzen?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: ..... .....
Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, 1 mal wöchentlich. <input type="checkbox"/> Ja, 2 bis 3 mal in der Woche. <input type="checkbox"/> Ja, täglich.
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Empfehlung eines Bekannten..... <input type="checkbox"/> Empfehlung durch Hausarzt/-ärztin. <input type="checkbox"/> Empfehlung durch Hauszahnarzt/-ärztin. <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Zeitung/Radio/Fernsehen. <input type="checkbox"/> Telefonbuch
Wünschen Sie, dass Ihr Hausarzt/-ärztin über besondere Behandlungen informiert wird?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja. Name, Anschrift Hausarzt/ärztin: ..... .....
Wünschen Sie, dass Ihr Hauszahnarzt/-ärztin über besondere Behandlungen informiert wird?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja. Name, Anschrift Hauszahnarzt/ärztin: ..... .....
Möchten Sie in unser Recall-System aufgenommen werden?	<input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein.
<b>Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.</b>	

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in  
(ab dem 16. Lebensjahr)

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift  
des/der Erziehungsberechtigten /  
gesetzliche/n Vertreter/in