

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)		
<input type="checkbox"/> Zusatzversichert bei:		
<input type="checkbox"/> 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 reservierte 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.
Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.	

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