

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen! Um Ihre Behandlung so gut wie möglich auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen möglichst vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir, umgehend uns mitzuteilen.

Vielen Dank!

Patientenname	Vorname	Geburtstag
Hauptversicherter (bei Familienversicherten)	Vorname	Geburtstag
Strasse /Nr.	PLZ	Wohnort
Telefon privat	Telefon mobil	E-Mail Adresse
Arbeitgeber	Telefon Büro	
Krankenkasse	Hausarzt	

sind Sie privat versichert ja/nein beihilfeberechtigt ja/nein im Standard-Tarif: ja/nein

Frühere oder derzeitige Erkrankungen

Herz-Kreislauf	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Niere	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Lunge	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Asthma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Gelbsucht	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Blutzucker	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Leber	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
HIV	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Blutdruck zu hoch/zu niedrig	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Epilepsie	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Creuzfeldt-Jakob-Erkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	

oder Variante (vCJK)

Allergien: wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen bitte angeben: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? Ja Nein

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? Ja Nein

Nehmen Sie Marcumar/Blutverdünner ein? Ja Nein

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, wann und was? _____

Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen der Zähne **UND** allgemein gemacht?

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Ungewiss

Wenn ja, welcher Monat: _____

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, um Wartezeiten zu vermeiden. Wir reservieren die für Sie vereinbarte Behandlungszeit. Das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell stillsteht, wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten. Wir bitten Sie daher herzlich, Termine mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Wir bitten Sie auch, Beträge bis 150,- € bar oder per EC-Cash zu begleichen.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Schreiben gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank!

(Datum/Unterschrift ggf. gesetzlicher Vertreter

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Ihr Praxisteam Christian Domsch