

HERZLICH WILLKOMMEN

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen.

Name: _____

Versicherung: : _____

Vorname: _____

Mit Familienmitglied versichert (z.B. Eltern)

Titel: _____

Name: _____

Geb. am: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ/Ort: _____

Straße: _____

Tel.: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Tel.: _____

Beruf: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Zusatzversicherung: Nein Ja Sind Sie beihilfeberechtigt? : Nein Ja

GRUND IHRES BESUCHS

Unsere Praxis wurde empfohlen von: _____

Wie möchten Sie erinnert werden? Post E-Mail SMS

Ich will eine *umweltfreundliche und papierfreie Rechnung* für meine Prophylaxebehandlung.

Nein Ja

GESUNDHEITSCHECK

Sind Sie schwanger?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutdruck	Hoch <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Tief <input type="checkbox"/>
Rheuma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Diabetes	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (Hepatitis)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Magen-/ Darmerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (Asthma)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nasen-/ Nebenhöhlenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Osteoporose	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Epilepsie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> _____
Leiden Sie unter Mundtrockenheit?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Allergien?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> _____
Wurden Ihre Zähne/ Schädel in den letzten 2 Jahren geröntgt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Bisphosphonattherapie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an infektiösen Erkrankungen? (HIV/ AIDS, TBC, etc.)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> _____
Leiden Sie unter der <i>Creutzfeldt-Jakob-Krankheit</i> ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Bestehen sonstige Erkrankungen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> _____

Gibt es sonstige Informationen, die Sie uns vertraulich mitteilen möchten?

Wir benötigen folgende Angaben, um die zahnärztliche Behandlung durchführen zu können:

- Kenntnisse über Allergische Reaktionen
- Allergiepass
- Herzpass

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten,

außerdem möchten wir Sie darüber informieren, dass vereinbarte Behandlungstermine ausschließlich für Sie reserviert und verbindlich sind. Bei Absagen, später als 24 Stunden vor Behandlungsbeginn, oder schuldhafter Nichtwahrnehmung des Termins gem. § 615 BGB wird die ausgefallene Behandlung in Rechnung gestellt, falls Ihr Termin nicht anderweitig vergeben werden konnte

Danke, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken! 😊

Ihre Praxis Dr. Reinhard Schultheiss

Hiermit bestätige ich, alle Angaben richtig und nach bestem Wissen ausgefüllt zu haben

Datum: _____

Unterschrift: _____