

Sehr geehrte(r) Patient(in),

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen am Empfang.

Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel.(privat): _____ Tel.(geschäftlich): _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Hausarzt (Name, Anschrift): _____

Krankenkasse: _____

Folgende Erkrankungen können Auswirkungen auf die Zahnärztliche Behandlung haben.

Erkrankungsleiden:	Ja	Nein	Wenn ja, welche?
Herz-/ Kreislaufkrankungen: (z.B.: hoher/niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheiten: (Hepatitis, AIDS, TBC oder sonstige)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes / Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien / Überempfindlichkeiten: (z.B.: Heuschnupfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Innere Krankheiten: (z.B.: Schilddrüse, Leber, Niere, Magen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lungenerkrankungen (z.B.: Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfallsleiden (z.B.: Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? _____

Ich möchte durch die Praxis im Rahmen des **Wiederbestellsystems (Recall)** an einen Kontrolltermin alle 6 Monate erinnert werden: ja nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Teilen Sie uns bitte Änderungen zu diesen Angaben vor der Behandlung mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.

Legen Sie uns nach Behandlungsbeginn Ihre Versicherungskarte vor, sonst müssen alle Leistungen privat in Rechnung gestellt werden.

Für Termine, die nicht eingehalten oder nicht rechtzeitig abgesagt werden (mind. 24 Std. vor der Behandlung) behalten wir uns gemäß § 615 BGB vor eine Rechnung in Höhe des Honorars für die vorgesehene Leistung, mind. aber 25,00 Euro pro ½ Std. zu erstellen.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben: Heidelberg, den _____
(Datum, Unterschrift)