

Patientenaufnahme

Im Interesse einer guten Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen, auf freiwilliger Basis, vollständig auszufüllen. Bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

PLZ, Ort: _____ Straße, Nr.: _____

Tel. privat: _____ E-Mail: _____

Handy: _____ Zusatzversicherung: _____

Versicherung: _____ geb.: _____

Versicherter: _____

Medizinische Befunderhebung - haben oder hatten Sie folgende Krankheiten:

Herzkrankung () Kreislaufkrankung ()

Herzschrittmacher () Künstl. Bluter (Marcumar) ()

Immunschwäche (HIV positiv) () Diabetes ()

Rheuma () Asthma ()

Lebererkrankungen (Gelbsucht, Hepatitis) () Tuberkulose (Tbc) ()

Schwangerschaft () Geburtstermin: ca. _____

Allergien: () Wenn ja, welche? _____

Medikamente: () Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig **Alkohol** oder **Drogen** zu sich? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit.

Zahnärztliche Befunderhebung

Haben Sie zurzeit Zahnschmerzen? () Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen? () Bemerkten Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?

Ihr Hauptanliegen: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift
gesetzlicher Vertreter

Hinweise zu unserem Praxisablauf / weitere Vereinbarungen

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen anderenfalls gegebenenfalls ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen werden.

Recall-Service

Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sogenannten Recall-Service (Erinnerungsservice) an. Sie werden von uns regelmäßig angeschrieben, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins zu erinnern. Sollten Sie **eine / keine Teilnahme** an diesem Service wünschen, vermerken Sie dies bitte hier:

Ich wünsche eine Teilnahme am Recall-Service. ()

Ich wünsche keine Teilnahme am Recall-Service. ()

Die Teilnahme am Recall-Service erfordert das Vorliegen einer schriftlichen Einwilligungserklärung in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu diesem Zweck (Recall). Sie erhalten von uns, sofern Sie eine Teilnahme am Recall-Service wünschen, eine separate Einwilligungserklärung zum Ausfüllen und Unterschreiben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift
gesetzlicher Vertreter