



Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, da auch Allgemeinerkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können. Wir bitten Sie diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

privat versichert ja nein beihilfeberechtigt ja nein Basistarif ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin vorrangig für Sie da. Deshalb sind wir aber darauf angewiesen, dass Sie vereinbarte Termine einhalten. Termine, die von Ihnen nicht eingehalten werden können, sind mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Somit können wir die Termine dann anderweitig verplanen.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Unser Recall-System

Haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch? Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Möchten Sie per E-Mail ja nein oder telefonisch ja nein erinnert werden?

Datum _____ Unterschrift _____

Einwilligung

Mit der Einsicht in meine Patientenunterlagen bei eventueller Praxisübergabe/Vertretung bin ich einverstanden ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art.7Abs.3 DSGVO).

Datum _____ Unterschrift _____

