

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Patient

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Versichert mit (nur wenn von Patientendaten abweichend)

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Strasse: _____ ☎ _____

PLZ: _____ Ort: _____

E-Mail: _____ **Mobil:** _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____ ☎ _____

Bei Gesetzlichen Kassen:

	ja	nein
Pflichtversichert	☐	☐
Freiwillig versichert	☐	☐
Haben Sie eine Zusatzversicherung	☐	☐
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt	☐	☐

Bei Privaten Kassen:

	ja	nein
Basistarif	☐	☐
Standardtarif	☐	☐
Studentisch versichert	☐	☐
Beihilfeberechtigt	☐	☐

Gesundheitscheck

	ja	nein
01. Nächtliches Knirschen/Pressen	☐	☐
02. Kiefergelenksprobleme	☐	☐
03. Zahnfleischbluten	☐	☐
04. Herzerkrankung	☐	☐
05. Hoher Blutdruck	☐	☐
06. Niedriger Blutdruck	☐	☐
07. Marcumar / Gerinnungshemmer	☐	☐
08. Blutungsneigung	☐	☐
09. Asthma / Lungenerkrankung	☐	☐
10. Diabetes	☐	☐
11. Infektionen: Hepatitis/TBC/HIV/Aids	☐	☐
12. Sind Sie Raucher	☐	☐
13. Haben Sie eine sonstige Erkrankung?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
14. Allergien	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
15. Tragen Sie Zahnersatz?	☐	☐
Wenn ja, seit wann? _____		
16. Nehmen Sie Medikamente: wenn ja welche?		

17. Wurden Sie in kürzlich zahnärztlich geröntgt?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		



Für unsere weiblichen Patienten

	ja	nein
Sind Sie schwanger?	☐	☐

Sie sind uns wichtig

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	☐	☐
Starke Schmerzempfindlichkeit	☐	☐
Starker Würgereiz	☐	☐

Worauf legen Sie besonderen Wert bei Ihrer Behandlung?

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass sie / er Ihnen unsere Praxis empfohlen hat?

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	☐	☐
Weißer Zähne (Bleaching)	☐	☐
Zahnästhetik/Kosmetik/Ihr Lächeln	☐	☐
Implantate/Implantatversorgung	☐	☐
Sonstiges		

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der Ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Falls uns die KV-Karte nicht innerhalb von 14 Tagen vorliegt, behalten wir uns vor eine Privatrechnung über die erbrachten Leistungen zu stellen.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Datum

Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter