

# Willkommen!

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen helfen können:

Sagen Sie etwas über sich – über Ihre Gesundheit & Ihre Wünsche an uns.

## Patient

Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon / Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf (freiwillige Angabe)

## Hauptversicherter (bei Familienversicherung)

Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon / Mobil

- Pflichtversichert in gesetzlicher Krankenversicherung
- Freiwillig versichert in gesetzlich. Krankenversicherung
- Private Zusatzversicherung
- Privat
- Privat mit Standardtarifversicherung §25Abs.2aSGB

### **Wichtig für gesetzlich Krankenversicherte:**

Wird die elektronische Gesundheitskarte nicht bis spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt die private Rechnungslegung.

### Bitte beachten Sie:

Sie kommen in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird, bei dem wir uns um geringe Wartezeiten für Sie bemühen. Gleichbedeutend ist, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, 24h vorher absagen müssen, da Ihnen sonst der Ausfall in Rechnung gestellt werden kann (§§ 304, 615 BGB).

Bitte melden Sie sich möglichst auch für eine Schmerzbehandlung telefonisch in der Praxis an, Sie erhalten dann einen „Nottermin“ (mit Wartezeit), den wir so gut wie möglich in den Sprechstundenablauf integrieren.

Wir erbitten folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen.  
Teilen Sie uns bitte auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes & Ihrer Adresse mit!

1. Hatten / haben Sie folgende Krankheiten?
  - a. Asthma / schwere Atemnot ja nein
  - b. Allergische Reaktionen / Unverträglichkeiten ja, welche \_\_\_\_\_ nein
  - c. Unverträglichkeit von Medikamenten
  - d. ja, welche \_\_\_\_\_ nein
  - e. Blutdruck niedrig normal hoch
  - f. Herzinfarkt ja, wann \_\_\_\_\_ nein
  - g. Schlaganfall ja, wann \_\_\_\_\_ nein
  - h. Lähmungen ja, wann \_\_\_\_\_ nein
  - i. Hepatitis ja, wann \_\_\_\_\_ nein
  - j. HIV-Infektion / AIDS ja, wann \_\_\_\_\_ nein
  - k. Zuckerkrankheit ja nein
  - l. Rheuma ja nein
  - m. Bluterkrankung / Gerinnungsstörung ja nein
  - n. Kopfschmerzen / Kieferprobleme ja nein
2. Wann fand die letzte Zahnrontgenaufnahme statt?  
\_\_\_\_\_
3. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  
ja, welche \_\_\_\_\_ nein
5. Besteht eine Schwangerschaft?  
ja, SSW \_\_\_\_\_ ungewiss nein
6. Sonstige Angaben / andere Erkrankungen  
\_\_\_\_\_
7. Haben Sie Zahnfleischbluten? ja nein
8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein
9. Wünschen Sie eine hellere Zahnfarbe?  
ja nein
10. Wünschen Sie eine halbjährliche / jährliche Erinnerung zur Vorsorge? ja nein
11. Wodurch wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?  
\_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum & Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter