

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis

### Patientendaten

Nachname, Vorname:	geboren am:	
Adresse:		
E-mail-Adresse:	Telefon mobil:	
Telefon privat:	Telefon dienstlich:	
Beruf:	Name der Krankenkasse:	

Wie sind Sie versichert?  gesetzlich  privat

Haben Sie eine Zusatzkasse?  ja  nein

### Versicherten-Daten

Nachname, Vorname:	geboren am:	
Adresse:		

Rechnung an den:  Patienten oder an den  Versicherten

### Beratungswunsch (bitte ankreuzen)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zahnersatz                 | <input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnheilkunde    |
| <input type="checkbox"/> Implantologie              | <input type="checkbox"/> Individual-Prophylaxe        |
| <input type="checkbox"/> Zahnersatz auf Implantaten | <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung |
| <input type="checkbox"/> Parodontologie             | <input type="checkbox"/> Bleaching (Aufhellung)       |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Sonstiges:                   |

### Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen? \_\_\_\_\_

Was haben Sie bisher bei Ihrem Zahnarztbesuch am meisten vermisst? \_\_\_\_\_

Durch wen wurden wir empfohlen? Wie haben Sie von uns erfahren? \_\_\_\_\_

### Recall

Ich möchte in folgenden Intervallen an einen Kontroll-Termin erinnert werden:

- alle 3 Monate  alle 6 Monate  alle 12 Monate

Dies sollte geschehen:

- brieflich  telefonisch  e-mail

## Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Leiden sie unter:

Herzerkrankungen (Herzschrittmacher)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Blutdruck (zu hoch / zu niedrig)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Magen- / Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Lungenerkrankung / Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Infektionserkrankungen (HIV / Hepatitis / Aids)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?
Allergien / Unverträglichkeiten (Penicillin)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wieviele tgl.?
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?
Sonstige Erkrankungen			

## Name und Telefon-Nr. Ihres Hausarztes

---



---

## Gibt es etwas, was wir besonders berücksichtigen sollten?

---



---

Datum und Unterschrift

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Wir bemühen uns, Ihre Termine einzuhalten. Sollte es zu einer Verzögerung kommen, bitten wir dies zu entschuldigen.

Termine, die nicht eingehalten werden können, bitten wir 24 Std. vorher abzusagen.

**Vielen Dank für Ihre Angaben!**