

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns um Ihr zahnärztliches Anliegen kümmern, benötigen wir Ihre Personalien und zu Ihrer eigenen Sicherheit auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte teilen Sie uns mögliche Änderungen sofort mit.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Mitglied:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift:

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon:

privat

tagsüber

Fax

E-Mail

Krankenkasse:

## Checkliste für Ihre Gesundheit!

Leiden Sie an:

Ja

Nein

Falls ja:

Allergien



\_\_\_\_\_

Atemwegserkrankungen



\_\_\_\_\_

Herz- und Kreislaufbeschwerden



\_\_\_\_\_

Diabetes



\_\_\_\_\_

Lebererkrankungen



\_\_\_\_\_

Bluterkrankungen



\_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten



\_\_\_\_\_

Erkrankung des Nervensystems



\_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen



\_\_\_\_\_

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?



\_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?



\_\_\_\_\_

Sind Sie in ärztlicher Behandlung?



Name des Arztes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Möchten Sie an den halbjährlichen



Untersuchungstermin erinnert werden?

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen, wenn ja von wem?

Die Information zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen.

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift

*Hinweise zur Organisation unserer Bestellpraxis: Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Das erspart Ihnen lange Wartezeiten, denn Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Falls Sie einmal einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie um rechtzeitige Absage, wenn möglich 24 Stunden vorher.*