

**Für unsere Patientendatei (bitte deutlich lesbar ausfüllen)**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Hausarzt/Facharzt/ Heilpraktiker: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung: JA [ ] NEIN [ ]

Versicherter: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
(bei Familienversicherten)**Medizinische Befunderhebung:**

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

- |                                                |                                                       |                                                        |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher     | <input type="checkbox"/> Endokarditis                 | <input type="checkbox"/> Asthma                        |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz     | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS                     | <input type="checkbox"/> MRSA (multi-resistente Keime) |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Gelbsucht, Hepatitis (A,B,C) | <input type="checkbox"/> Glaukom                       |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck         | <input type="checkbox"/> Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung               |

 Schilddrüsenerkrankung, Welche? \_\_\_\_\_ Sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? \_\_\_\_\_ Allergien/ Unverträglichkeiten, welche? (Bitte um Vorlage des Allergiepass) \_\_\_\_\_ Pflegegrad? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] besteht zurzeit eine Schwangerschaft? JA [ ] NEIN[ ] Wenn ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_ Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? JA [ ] NEIN [ ] Rauchen Sie? JA [ ] NEIN [ ] Knirschen/ pressen Sie mit den Zähnen? JA [ ] NEIN [ ]

Eine regelmäßige zahnärztliche Kontrolle sichert Ihre Zahngesundheit!

Unser Praxisteam bietet Ihnen einen kostenlosen, unverbindlichen Erinnerungsservice (per SMS, E-mail oder Brief) an.  
Sind Sie an einem solchen Erinnerungsservice interessiert? Ja [ ] Nein [ ]

## Hinweis:

In unserer Praxis werden Privatleistungen nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ 88) abgerechnet; der Faktor liegt zwischen dem 1- und 3,5-fachen Satz. Für Laborleistungen wird die BEB-Liste verwendet. Bei Leistungen, die Ihre Krankenkasse nicht übernimmt, informieren wir Sie selbstverständlich vorher ausführlich über die bevorstehenden Kosten.

Art. 13 DSGVO, Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten, wurden ausgehändigt.

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