

Lieber Patient,
damit wir Sie optimal betreuen und behandeln können, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Angaben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich unserer Schweigepflicht und den Datenschutzbestimmungen. Mit einem persönlichen Gespräch klären wir gerne und unkompliziert Ihre Fragen zum Fragebogen. Bitte füllen Sie den Bogen vollständig aus. Herzlichen Dank!

_____ Name, Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße, Hausnummer	_____ Postleitzahl, Ort
_____ Telefon privat	_____ Telefon geschäftlich
_____ Mobil	_____ E-Mail
_____ Name des Versicherten	

Für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse (z.B. AOK, BKK, IKK, LKK usw.)

Name Ihrer Krankenkasse:

Sind Sie freiwillig versichert? Ja Nein

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? Ja Nein

Für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung

Name Ihrer Krankenversicherung:

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Haben Sie Spezialtarife (Studenten, Pensionäre)? Ja Nein

Es ist mir bekannt, dass ich das nach der GOZ (unter Beachtung der Höchstsätze §5) berechnete Honorar selbst zu tragen habe, sofern Versicherungen und/oder Beihilfestellen es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

Ihr Beruf:

Ihr Arbeitgeber:

Grund Ihres Besuches:

Empfohlen durch:

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, weshalb?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Beruhigungs- und/oder Aufputschmittel? Ja Nein

Besteht Überempfindlichkeit gegen Medikamente/Material (z.B. Penicillin, Jod, Aspirin, Kunststoff, Gold)? Ja Nein

Wenn ja, bitte Medikament/Material angeben

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Asthma Ja Nein

Herzerkrankung/Herzschrittmacher Ja Nein

Kreislaufprobleme Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

HIV Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Hepatitis Ja Nein

Besteht eine erhöhte Blutungsneigung? Ja Nein

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? Ja Nein

Um Ihre Zähne auch langfristig gesund zu erhalten, sollten Sie uns regelmäßig zu einem **Vorsorgetermin** besuchen. Wenn Sie unkompliziert erinnert werden möchten, bieten wir Ihnen unser Recall-System an.

Möchten Sie von uns erinnert werden? Ja Nein

Zu Ihrer Information

- Nach einer Anästhesie kann Ihre Reaktionsfähigkeit eingeschränkt sein. Bitte beachten Sie diese mögliche Einschränkung, wenn Sie beispielsweise mit dem Auto zu uns kommen, oder nach dem Termin noch arbeiten müssen.
- **Terminabsage:** Termine, die Sie nicht einhalten können, bitten wir **spätestens 24 Stunden vorher** abzusagen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir anderenfalls eine Ausfallgebühr berechnen müssen.
- Bitte informieren Sie uns umgehend über Änderungen Ihrer Daten und Ihres Gesundheitszustandes. Mit dieser Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer persönlichen Angaben sowie die Kenntnissnahme und Ihr Einverständnis zu den hier vorgestellten Leistungen.
- Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig! Ihre Angaben werden stets vertraulich behandelt und nur für den von Ihnen gewählten Zweck verwendet werden. Selbstverständlich können Sie Ihre Zustimmung jederzeit widerrufen.

Ort/ Datum

Unterschrift