

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten:

geb. am:

Geburtsort:

Anschrift:

Name der Krankenkasse:

Telefon:

Fax:

Mobil:

Telefon Büro:

E-Mail-Adresse:

Beruf:

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten?

Versicherter:

geb. am:

Anschrift:

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzkrankung ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Herzschrittmacher ja [] nein []

Künstl. Herzklappen ja [] nein []

Hoher Blutdruck ja [] nein []

Blutverdünner / Gerinnungshemmer ja [] nein []

Blutungsneigung / Bluterkrankung ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Osteoporose ja [] nein []

Rheuma ja [] nein []

Diabetes ja [] nein []

Schilddrüsenerkrankung ja [] nein []

Lebererkrankung / Hepatitis ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Nierenerkrankung oder insuffizienz ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Lungenerkrankung / Asthma ja [] nein []

Epilepsie ja [] nein []

Haben Sie eine sonstige Erkrankung? Wenn ja welche:

Allergien / Medikamentenunverträglichkeit ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Rauchen Sie? ja [] nein []

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja [] nein []

Wenn ja, in welchem Monat?

Sie sind uns wichtig

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

Wann war die letzte Zahnreinigung?

Wünschen Sie Ihre Zähne aufzuhellen?

ja [] nein []

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum

Unterschrift _____