

Erstbesuch



Prophylaxe
Implantologie
Ästhetik
Kieferorthopädie

**Jordan Fillies Zahnärzte
MVZ GmbH**
Zur Waldbühne 3
49124 Georgsmarienhütte
Telefon 0 54 01-87 06 0
Telefax 0 54 01-87 06 20
E-Mail info@jordan-fillies.de
www.jordan-fillies.de

Patient

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Mitversichert bei

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Liebe Patienten,

damit wir genau auf Ihre zahnmedizinischen Bedürfnisse eingehen können, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Alle personenbezogenen Angaben, sowie im Behandlungsverlauf angegebenen Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.

Persönliche Angaben

Straße, Nr.

Telefon privat

Postleitzahl, Ort

Telefon mobil

E-Mail

Krankenkasse

Privat

Basistarif

Gesetzlich

Zusatzversichert

Ja

Nein

Beruf

Berufsbezeichnung

Arbeitgeber

Telefon Arbeit

Hausarzt

Name

Ort

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfohlen/Überwiesen durch

Internet Branchen-/Telefonbuch Sonstiges

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Schmerzbehandlung Routinekontrolle Zweite Meinung Neuer Zahnersatz

Sonstiges

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Leiden Sie an:

akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herz)? Wenn ja, welche?

Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV, AIDS, usw.)? Wenn ja, welche?

Inneren Krankheiten (Diabetes usw.)? Wenn ja, welche?

Überempfindlichkeiten gegen Medikamente/Materialien? Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? (besonders wichtig: Blutverdünner, Antibiotika, Kortison, Schmerzmittel, Osteoporosemittel)

Für unsere Patientinnen

Besteht eine Schwangerschaft nein ja, welcher Monat _____

Hinweise zur Organisation der Praxis

Die Zahnarztpraxis Jordan Fillies arbeitet mit einem Bestellsystem. Bitte melden Sie sich telefonisch an bevor Sie unsere Praxis aufsuchen, damit wir Ihnen einen Termin nach Ihren Bedürfnissen geben können. Bitte sagen Sie einen Termin der nicht eingehalten werden kann 24 Stunden vorher ab, damit dieser an einen anderen Patienten vergeben werden kann. Ausfälle können ggf. berechnet werden.

| |
|--|
| _____ |
| Ort, Datum |
| X |
| Unterschrift Patient/Sorgeberechtigter |

Angaben bei minderjährigen Patienten

Bei einem ärztlichen Heileingriff (Zahnersatz, Zahnspange etc.) wird die Einwilligung beider Elternteile benötigt. Auch wenn sie getrennt leben und ihnen das gemeinsame Sorgerecht zusteht (BGH).

Wer hat das Sorgerecht? Mutter Vater Beide

1. Sorgeberechtigter

Name

Straße

Ort

Datum

Unterschrift

2. Sorgeberechtigter

Name

Straße

Ort

Datum

Unterschrift