

Liebe Patientin, lieber Patient,

damit wir genau auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche eingehen können, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Diese Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name, Vorname

Geburtsdatum

Mitversichert bei

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Straße, Nr.

Telefon privat

Postleitzahl, Ort

Telefon mobil

E-Mail

Krankenkasse

Privat

Basistarif

Gesetzlich

Zusatzversichert

Ja

Nein

Beruf

Beruf

Arbeitgeber

Telefon Arbeit

Haben Sie einen Hausarzt?

Name

Ort

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfohlen/Überwiesen durch

Internet

Branchen-/Telefonbuch

Sonstiges

Grund Ihres Besuches?

Schmerzbehandlung

Routinekontrolle

Zweite Meinung

Neuer Zahnersatz

Sonstiges

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herz):

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV, AIDS, usw.):

Innere Krankheiten (Diabetes usw.):

Überempfindlichkeiten gegen Medikamente/Materialien:

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 Termine

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.

Datum

Unterschrift

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

Sorgeberechtigter 1

Name

Straße

Ort

Datum

Unterschrift

Sorgeberechtigter 2

Name

Straße

Ort

Datum

Unterschrift