

## 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)?

\_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV, AIDS, usw.)?

\_\_\_\_\_

Inneren 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 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
<b>X</b>
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