
Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

E-Mail

Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

Arbeitgeber

gesetzlich versichert

familienversichert

Zahnzusatz - Versicherung

privat versichert

beihilfeberechtigt

privat versichert – im Basistarif

Familienversicherte Patienten ergänzen bitte die Angaben des Hauptversicherten:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Datum

Erziehungsberechtigter

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung, laufende Behandlungstermine oder Prophylaxe in Absprache mit Ihnen erinnert werden? ja, bitte nein, danke

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein Herzkrankung Ja Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein Herzoperation Ja Nein
Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein Herzschrittmacher Ja Nein
Bemerkungen:

Infektions-erkrankungen: HIV Ja Nein Tuberkulose Ja Nein
Hepatitis Ja Nein andere: Ja Nein
Bemerkungen:

Allergien / Unverträglichkeiten: Lokalanästhetika Ja Nein Antibiotika Ja Nein
Schmerzmittel Ja Nein andere: Ja Nein
Bemerkungen:

Weitere Erkrankungen: Blutgerinnungsstörungen Ja Nein Epilepsie Ja Nein
Asthma Ja Nein Diabetes Ja Nein
Lungenerkrankung Ja Nein Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung Ja Nein Osteoporose Ja Nein
Rheuma Ja Nein Ohnmachtsneigung Ja Nein
andere:
Bemerkungen:

Allgemeine Angaben: Drogenkonsum Ja Nein
Alkoholgenuss Ja Nein selten oft regelmäßig
Raucher Ja Nein 0-10 über 10 Zig./Tag
Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welcher Monat
Regelmäßige Ja Nein Wenn ja, seit wann / Name
Medikamente

Hausarzt – Name, Adresse, Telefon

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder rechtzeitig abzusagen.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient und Hauptversicherter/Erziehungsberechtigter