



**Herzlich Willkommen in unserer Praxis!**

**Unser Anliegen ist es, Ihnen eine optimale, auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse abgestimmte Behandlung anzubieten.**

Höchste Standards in Betreuung, Behandlung und die Umsetzung Ihrer Wünsche sind für uns selbstverständlich.

Damit wir Ihnen eine adäquate und risikofreie Behandlung gewährleisten können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über ihren **allgemeinen Gesundheitszustand**.

Bitte nehmen Sie sich hierfür ein paar Minuten Zeit, um alle Fragen gründlich durchzulesen und möglichst genau zu beantworten.

Vielen Dank!

**1. Angaben zur Person**

Geschlecht:  männlich  weiblich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Für Rückfragen und Terminabsprachen bitte Telefonnummer(n) angeben:

Privat: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Beruflich: \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_

**2. Details zur Krankenversicherung**

Name der Versicherung / Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung:  ja  nein

**3. Weitere allgemeine Angaben und Informationen**

Falls Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch sind, ergänzen Sie bitte die folgenden Angaben.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Bitte beachten Sie, dass wir keine Auskünfte an Dritte weitergeben können außer in Notfällen. Bitte teilen Sie uns mit, wer Auskünfte über Ihre Daten erhalten darf.

1. Person: \_\_\_\_\_

2. Person: \_\_\_\_\_

Fürth, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter

Bitte nächste Seite ausfüllen!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so genau wie möglich!



- Asthma  ja  nein  
Diabetes:  ja  nein  
Anfallserkrankungen  ja  nein  
HIV; Hepatitis  ja  nein  
Kreislaufkrankungen  ja  nein  
Rheuma:  ja  nein  
Blutgerinnungsstörungen:  ja  nein  
Zahnfleischbluten  ja  nein  
Herzerkrankungen  ja  nein  
Raucher:  ja  nein  
Schwangerschaft:  ja  nein  
Allergien  ja  nein  
Medikamenteneinnahme:  ja  nein

**Medikamentenliste:**

---

---

---

welche: \_\_\_\_\_  
wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_  
welcher Monat? \_\_\_\_\_  
welche: \_\_\_\_\_

**Andere Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Wurde in den letzten 3 Jahren beim Zahnarzt eine Röntgenaufnahme gemacht?**  ja  nein  
**Wurde in den letzten 6 Monaten beim Zahnarzt eine Röntgenaufnahme gemacht?**  ja  nein

**Wünschen Sie eine gezielte Beratung?**  ja  nein

wenn ja , über welche Thematik: \_\_\_\_\_

**Möchten Sie an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden?**  ja  nein  
Falls „JA“ wie?  per post  telefonisch  per e-mail

**Möchten Sie an Ihre Termine bei uns erinnert werden?**  ja  nein

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

---

**Wichtige Informationen:**

Der Vertragspartner erklärt, keine amtlichen Vermögensauskunft (ZPO vor 2013: eidesstattliche Versicherung) abgegeben zu haben und zahlungsfähig zu sein.

Fürth, Datum:

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher 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 werde hiermit darauf hingewiesen, dass meine **Verkehrstüchtigkeit** im Straßenverkehr unter Einfluss von Injektionen zur lokalen Betäubung, therapeutischen Injektionen und Medikamenten, die vor und während meiner Behandlung verabreicht werden, für 4-6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Fürth, Datum:

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter