

Für Ihre individuelle Behandlung benötigen wir die folgenden Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich, wie alle persönlichen Daten, der ärztlichen Schweigepflicht.  
Bitte füllen Sie diese Seite sorgfältig aus.

Name: ..... Geb.-Dat.: .....  
Hauptversicherter: ..... Geb.-Dat.: .....  
Straße: .....  
PLZ, Ort: .....  
Telefon (tagsüber): ..... Handy: .....  
Krankenkasse: ..... Beruf: .....

Haben Sie eine Zusatzversicherung für Zahnbehandlung oder Zahnersatz? Ja  Nein

Sind Sie privat versichert und erhalten Beihilfe? Ja  Nein

Sind Sie privat versichert nach dem sog. „Basis-/Standardtarif“? Ja  Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?  Empfehlung durch .....  
 Internet / Googlesuche (oder andere Suchmaschine)  
 Internet / Gelbe Seiten - online  
 Internet / Bewertungsportal: .....  
 Telefonbuch / Gelbe Seiten  
 Praxisschild  
 Sonstiges .....

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuchs? .....

Wünschen Sie eine Erinnerung an Ihre Kontrollbesuche („Recall“)? Ja  Nein

Per Post  
 Per E-Mail  
E-Mail-Adresse: .....

Ich bin darüber informiert, dass eine Erinnerung mittels E-Mail nicht verschlüsselt erfolgt. Mit dieser Art der Kontaktaufnahme bin ich trotzdem einverstanden. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Einverständniserklärung freiwillig erfolgt und ich diese jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen kann.

**Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?**

Ja Nein

- Hoher  oder niedriger  Blutdruck.....
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen .....
- Magen-/Darmerkrankung .....
- Lebererkrankungen (Gelbsucht, Hepatitis) .....
- Lungenerkrankung (Asthma, Atemnot, Tbc) .....
- Allergie (welche?) .....
- Zuckerkrankheit (Diabetes) .....
- Blutgerinnungsstörungen  Marcumar  ASS  Eliquis .....
- Immunschwäche (HIV-Infektion) .....
- Bestehen andere Erkrankungen? .....

**Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?** .....

**Tragen Sie einen Herzschrittmacher?** .....

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?** .....

Welche? .....

**Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?** ..... SSW .....

**Sind Sie z.Zt. in ständiger ärztlicher Behandlung?** .....

Hausarzt: .....

**Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.  
Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.**

Die 'Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten' sind in unserer Praxis einsehbar.

---

Datum, Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigte/r)