

Nachname, Vorname (Patient/in)

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

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

Gesundheitszustand Bitte ankreuzen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein
Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein
Herzerkrankung Ja Nein
Herzoperation Ja Nein
Herzschritmacher Ja Nein

Infektionserkrankungen:

- HIV Ja Nein
Hepatitis Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
Andere: _____

Allergien / Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika Ja Nein
Schmerzmittel Ja Nein
Antibiotika Ja Nein
andere: _____

Weitere Erkrankungen:

- Sind derzeit Erkältungssymptome vorhanden? (Riskio COVID19) Ja Nein
Trockener Husten Ja Nein
Fieber Ja Nein
Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
Asthma Ja Nein
Lungenerkrankung Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
Rheuma Ja Nein
Epilepsie Ja Nein
Diabetes Ja Nein
Nierenfunktionsstörungen Ja Nein

Osteoporose

Ja Nein

Ohnmachtsneigung

Ja Nein

Sonstige Erkrankungen: _____

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum

Ja Nein

Alkoholismus

Ja Nein

Raucher

Ja Nein

Wenn ja, 0-10 über 10 Zig./Tag

Regelmäßige Medikamente

Ja Nein

Wenn ja, seit wann / Name: _____

Frühere Röntgenuntersuchung

Ja Nein

Wenn ja, Datum: _____

Schwangerschaft

Ja Nein

Wenn ja, welcher Monat: _____

Empfohlen durch: _____

Möchten Sie von uns an Ihren nächsten Kontrolltermin erinnert werden?

Ja 2x jährlich 1x jährlich Nein
wenn ja eMail Telefon

Wichtige Informationen:

- 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 verpflichte mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift
Patient(in)/Zahlungspflichtige(r)/Erziehungsberechtigte(r)

Gemäß ärztlicher Datenschutzrichtlinien erkläre ich mich einverstanden, dass eventuell vorhandene aktuelle Röntgenbilder oder Behandlungsunterlagen bei meinem Vorbehandler angefordert werden dürfen.

Hiermit entbinde ich flexdent Zahnärzte der zahnärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen (Behandlungsblätter, Röntgenbilder, Modelle, etc.) an zusätzlich behandelnde Ärzte (z.B. Kieferchirurg) oder bei einem Praxiswechsel an Folgebehandler weiter gegeben werden dürfen.

Datum

Unterschrift
Patient(in)/Zahlungspflichtige(r)/Erziehungsberechtigte(r)