

Sehr geehrte Patienten/Innen,

Bitte füllen Sie die untenstehenden Angaben aus und fragen sie gerne bei Unklarheiten an unserer Rezeption.

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:			
Straße, Hausnr.:		Ort/ PLZ:	
Tel.:		Handy:	
Email:		Beruf:	

**Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, bei wem sind Sie versichert?**

Name:		Str./ Hausnr.:	
Geburtsdatum:		Ort/ PLZ	

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name:	Anschrift:
-------	------------

**Krankenkasse / private Krankenversicherung:**

Gesetzlich versichert:  ja /  nein  
Freiwillig Versichert:  ja /  nein  
Zusatzversicherung:  ja /  nein  
Privat versichert:  ja /  nein  
Beihilfeberechtigt:  ja /  nein  
Basistarif:  ja /  nein

**Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? (ZUTREFFENDES BITTE UNTERSTREICHEN)**

**Herzerkrankung**  ja /  nein  
(z.B. Insuffizienz / Bypass / Klappenersatz / Herzinfarkt / Schrittmacher/ Rhythmusstörung /  
Herzmuskelentzündung)  
Ist eine Endokarditisprophylaxe nötig?  ja /  nein

**Kreislaufferkrankung**  ja /  nein  
(z.B. Niedriger Blutdruck / Hoher Blutdruck / Schlaganfall / Durchblutungsstörung)

**Lebererkrankung**  ja /  nein  
(z.B. Insuffizienz)

**Nierenerkrankung**  ja /  nein  
(z.B. Insuffizienz / Dialyse)

**Atmungswegs- / Lungenerkrankung**  ja /  nein  
(z.B. Asthma / Bronchitis)  
**Rauchen Sie?**  ja /  nein

Erkrankungen des **Bewegungsapparates**  ja /  nein  
(z.B. Rheumatische Erkrankungen / Osteoporose)

Nehmen Sie **Bisphosphonate** oder **Antiresorptive** Medikamente  ja /  nein

Erkrankungen des **Zentrales Nervensystem**  ja /  nein  
(z.B. Epilepsie / Migräne)

**Stoffwechselerkrankung**  ja /  nein  
(z.B. Schilddrüsenerkrankung z.B. Überfunktion / Unterfunktion)  
/ Diabetes Typ I / Typ II)

**Infektionskrankheiten**  ja /  nein  
(z.B. HIV Erkrankung / Tuberkulose / Hepatitis A / B / C)

**Augenerkrankung**  ja /  nein  
(z.B. grüner Star bzw. Glaukom / grauer Star)

**Blutgerinnungsstörung**, wenn ja welche? \_\_\_\_\_  ja /  nein

**Krebs**erkrankung, wenn ja welche? \_\_\_\_\_  ja /  nein

**Allergien/Unverträglichkeiten**  ja /  nein  
, wenn ja welche \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**,  ja /  nein  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
(z.B. Blutverdünner / Schmerzmittel / Herzmedikamente / Cortison / Antidepressiva / Hormone)

**Sonstige Erkrankungen/ Informationen** \_\_\_\_\_

#### Ihre **Zahn-Mund-Situation**

Schmerzen  ja /  nein

Zahnfleischbluten  ja /  nein

Mundgeruch  ja /  nein

Zähneknirschen oder Pressen  ja /  nein

Geräusche/Knacken im Kiefergelenk  ja /  nein

Besteht eine Beißschiene  ja /  nein

Wurden im Letzten Jahr Röntgenaufnahmen gemacht?  ja /  nein

Sind Sie in Kieferorthopädischen Behandlung?  ja /  nein

Traten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Behandlungen auf?  ja /  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie **Schwanger**?  ja /  nein

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt? \_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine **Recall -Erinnerung** für Vorsorgeuntersuchung oder  
Professionelle Zahnreinigung?  ja (Email) /  nein

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank!

**HINWEIS!!** Änderungen meiner Angaben teile ich vor einer weiteren Behandlung mit.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Termin ausschließlich für meine Behandlung vergeben und freigehalten wird und dass daher die Nichteinhaltung des Termins **möglichst 24 Stunden vorher** mitzuteilen ist; andernfalls eine

**Ausfallgebühr pro Stunde 60,- / pro halbe Stunde 30,-** gemäß §§615 Satz BGB berechnet wird.

Eine Berechnung erfolgt frei nach der Gebührenordnung für Zahnärzte. Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung im Wartebereich einsehbar

Ihr Praxisteam - Die Feilbacher Zahnärzte

Bitte wenden!