

Zahnarztpraxis Claudia Kerber

Wir heißen Sie herzlich Willkommen
in unserer Praxis!

Unser Praxisteam möchte Ihren Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an uns. Wir helfen Ihnen gerne weiter!

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Versicherter: _____ Geburtsdatum: _____
Straße, Nr.: _____ Postleitzahl, Ort: _____
Tel. privat: _____ Mobiltelefon: _____
Email: _____ Beruf, Arbeitgeber: _____

Wie sind Sie versichert? (Bitte ankreuzen)

PFLICHTVERSICHERT in der gesetzlichen Versicherung

FREIWILLIG VERSICHERT in der gesetzlichen Versicherung

PRIVATVERSICHERT

BEIHILFE bzw. PRIVAT ZUSATZVERSICHERT

Gesundheitsfragen:

Größe: _____ Gewicht: _____

Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung? Anschrift Ihres Hausarztes:

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Ja Nein

Krankheiten: (bitte ankreuzen)

Hatten/ haben Sie eine der folgenden Krankheiten bzw. Sonstige? : _____

Ja/ Nein	Ja/ Nein	Ja/ Nein
Asthma	Herz/Kreislaufkrankung	Leberkrankheiten
Diabetes	Blutgerinnungsstörungen	Hepatitis A/B/C
Rheuma	HIV-Infektion	Epilepsie
Osteoporose	TBC	Glaukom/grauer/Star

Allergische Reaktionen/ Unverträglichkeit: Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie einen Herzinfarkt? Ja Nein

Hatten Sie einen Schlaganfall? Ja Nein

Hatten/ haben Sie Lähmungen? Ja Nein

Vergessen Sie nicht, die Rückseite auszufüllen. Vielen Dank. →

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Wenn ja, wievielte Woche?

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Rauchen und Genussmittel: Wenn ja, wie viele am Tag?
Zigaretten _____ Zigarren _____ Pfeife _____
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie oft?

Röntgen: (bitte ankreuzen)

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Mund – Kopf – Kieferbereich geröntgt?

Ja Nein

Haben Sie jemals eine Strahlentherapie im Kopf- Halsbereich erhalten?

Ja Nein

IHRE WÜNSCHE AN UNS

Legen Sie Wert auf Informationen über zahnfarbene Füllungen? Ja Nein

Legen Sie Wert auf Informationen über ästhetische Behandlungen, wie z.B.

Bleaching (weißere Zähne), professionelle Zahnreinigung (PZR), Ja Nein
Keramikfüllungen etc.

Legen Sie Wert auf Infos über spezielle Tiefenentspannung/Trance? Ja Nein

WODURCH ODER DURCH WEN WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

VORSORGESERVICE / ERINNERUNGSSYSTEM

Ja, ich bin damit einverstanden, dass Sie mich an meinen nächsten empfohlenen Termin erinnern, um eine regelmäßige Kontrolle zu gewährleisten. Dieser Erinnerungsservice ist für mich unverbindlich. Ich kann jederzeit davon zurücktreten.

Bitte unterschreiben Sie für diesen Service extra:

Ort, Datum

Unterschrift

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Wir halten in unserer Praxis für Ihre Behandlung Termine frei, die speziell für Sie reserviert sind. Sollten Sie diese Termine einmal nicht einhalten können, bitten wir um rechtzeitige Absage.

Wir behalten uns vor, Termine die nicht rechtzeitig, mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, in Rechnung zu stellen.

Änderungen zu meinen Angaben werde ich Ihnen stets mitteilen. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Ich bin darüber informiert und einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift