

# Herzlich Willkommen

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen



Um für Sie geeignete Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen. Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Patient \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

versichert bei \_\_\_\_\_  
Elternteil/Partner Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Postleitzahl/Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat/Handy \_\_\_\_\_ Telefon geschäftlich \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

gesetzlich  beihilfeberechtigt

Versicherung \_\_\_\_\_  privat  Basistarif bis Faktor \_\_\_\_\_

Überweisender Zahnarzt / Empfehlung durch \_\_\_\_\_

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? Falls ja, bei wem? \_\_\_\_\_

## Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Erkrankungen des Herzens/Kreislaufs/Blutdrucks \_\_\_\_\_

angeborener Herzfehler/künstliche Herzklappe/Herzmuskelentzündung/(frühere) Endokarditis

Herzinfarkt – wann? \_\_\_\_\_  Schlaganfall – wann? \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörungen/"Blutverdünner" \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS, Tbc, usw.) \_\_\_\_\_

innere Erkrankungen (Asthma, Zucker, Grüner Star/Glaukom, Leber-, Nierenerkrankung...) \_\_\_\_\_

Tumorerkrankung/Krebs - wann? \_\_\_\_\_  mit Bestrahlung  mit Chemotherapie

Osteoporose  Bisphosphonat-Medikament/Infusion \_\_\_\_\_

Allergiepass  Allergie gegen \_\_\_\_\_

Alkoholmissbrauch  Drogenmissbrauch \_\_\_\_\_

Schwangerschaft  Sonstiges \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Angst vor zahnärztlicher Behandlung?  ja/stark  nein/kaum

Haben Sie Interesse an einer homöopathischen Begleittherapie? Sprechen Sie uns bitte darauf an.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten / nach Injektionen herabgesetzt sein kann. Der Zusendung eines Behandlungsberichtes sowie eventuell angefertigter Röntgenbilder an den überweisenden Zahnarzt/Arzt stimme ich zu. Die Informationen zum Datenschutz (laminierte Doppelseite im Anhang) habe ich zur Kenntnis genommen.

Höchststadt, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Grundsätzlich sollten beide Elternteile unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnende zugleich, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.