

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um unsere Behandlung individuell auf Sie anpassen zu können, benötigen wir von Ihnen möglichst genaue Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Fragen oder Unklarheiten wenden Sie sich an uns. **Wir helfen Ihnen gerne weiter. Vielen Dank!**

IHRE PERSÖNLICHEN ANGABEN

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Telefon (privat) _____ Mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Notfallkontaktperson _____ Notfallnummer _____

Hausarzt _____ Ort _____

Krankenkasse _____ ☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Zusatzversicherung ☐ Beihilfeberechtigt

Wenn Sie familienversichert sind, wer ist der Hauptversicherte?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

IN EIGENER SACHE**Möchten Sie an unserem Recall (Halbjährliche Terminerinnerung) teilnehmen?**

Ja, per: ☐ Telefon ☐ E-Mail ☐ Nein

Die Teilnahme ist unverbindlich und kann jederzeit widerrufen werden.

PRAXISORGANISATION – TERMINABLAUF

Unser Ziel ist es, Ihnen eine Behandlung mit einer individuellen Beratung ohne lange Wartezeiten anzubieten. Sollten Sie jedoch trotzdem einmal warten müssen, bitten wir Sie um Ihr Verständnis. Leider ist es trotz genauester Planung nicht immer möglich, auftretende Notfälle vorherzusehen oder eine länger dauernde Behandlung einzukalkulieren.

AUSFALLHONORAR BEI UNENTSCULDIGT VERSÄUMTEN TERMINEN

Die Zahnarztpraxis Dr. Jennifer Stork arbeitet ausschließlich mit festen Terminen, die exklusiv für den Patienten reserviert sind und grundsätzlich nicht neu vergeben werden. Der Patient verpflichtet sich, den Termin pünktlich wahrzunehmen oder mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. **Bei unentschuldigtem Nichterscheinen wird eine Ausfallgebühr von 20 € für jede angefangene Viertelstunde der vorgesehenen Behandlung berechnet.**

ALLGEMEINE ANGABEN**Bestehen Allergien/Unverträglichkeiten gegen Medikamente (z.B. Antibiotika, Schmerzmittel, Anästhetikum) oder Latex?**

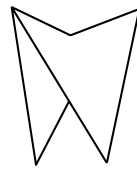
Haben Sie einen Allergiepass? ☐ nein ☐ ja, gegen: _____

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ nein ☐ ja _____ SSW

Haben Sie einen Pflegegrad? ☐ nein ☐ ja, ich habe Pflegegrad: (1) (2) (3) (4) (5)

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja

Haben Sie ein Bonusheft? ☐ nein ☐ ja



Blut / Gefäßerkrankungen

☐ nein ☐ ja

Schlaganfall

☐ nein ☐ ja

Gerinnungsstörung

☐ nein ☐ ja

Durchblutungsstörung

☐ nein ☐ ja

Nachblutungen

☐ nein ☐ ja

Thrombose

☐ nein ☐ ja

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

☐ nein ☐ ja

Herzfehler

☐ nein ☐ ja

Endokarditis

☐ nein ☐ ja

Herzinfarkt

☐ nein ☐ ja

Herzschrittmacher

☐ nein ☐ ja

Hypertonie (Bluthochdruck)

☐ nein ☐ ja

Hypotonie (niedriger Blutdruck)

☐ nein ☐ ja

Nierenerkrankung

☐ nein ☐ ja

Dialyse

☐ nein ☐ ja

Nierenentzündung

☐ nein ☐ ja

Stoffwechselerkrankung

☐ nein ☐ ja

Schilddrüsenerkrankung

☐ nein ☐ ja

Diabetes

☐ nein ☐ ja

Lungenerkrankung

☐ nein ☐ ja

Asthma

☐ nein ☐ ja

Schnarchen

☐ nein ☐ ja

Chronische Bronchitis

☐ nein ☐ ja

Augenerkrankung

☐ nein ☐ ja

Grüner Star (Glaukom)

☐ nein ☐ ja

Grauer Star (Katarakt)

☐ nein ☐ ja

Infektionskrankheiten

☐ nein ☐ ja

HIV

☐ nein ☐ ja

AIDS

☐ nein ☐ ja

Hepatitis A/B/C

☐ nein ☐ ja

Sonstiges

☐ nein ☐ ja

Osteoporose

☐ nein ☐ ja

Krebserkrankungen

☐ nein ☐ ja

Bestrahlung (aktuell)

☐ nein ☐ ja

Ohnmachtsanfälle

☐ nein ☐ ja

Organtransplantation

☐ nein ☐ ja

Künstliche Gelenke

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja Nehmen Sie täglich Medikamente ein, die die Blutgerinnung beeinflussen? (z.B. ASS, Eliquis, Marcumar, Xarelto)?

☐ nein ☐ ja Nehmen Sie Medikamente ein, die den Knochenstoffwechsel beeinflussen (Bisphosphonate)?

☐ nein ☐ ja Nehmen Sie sonstige Medikamente (z.B., Schmerzmittel etc.)?

welche: _____

☐ nein ☐ ja Leiden Sie unter anderen nicht aufgeführten Erkrankungen oder Beeinträchtigungen?

welche: _____

Für Anregungen und Kritikpunkte sind wir Ihnen sehr dankbar – sprechen Sie uns jederzeit gerne an!

Datum, Unterschrift