

Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde

Hauptstr. 99, 33647 Bielefeld

Dr. Löwe | Dr. Löwe-Reisdorff | Dr. Schmidt-Belden

Telefon 0521/440144

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben. Sollten Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, geben Sie diese bitte am Empfang ab.

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geburtsort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil / geschäftlich)

E-Mail

Arbeitgeber / Anschrift

Ausgeübter Beruf

Hausarzt

Überwiesen von / empfohlen durch

Name der Krankenkasse / Versicherung

Gesetzlich versichert Privat versichert Privat versichert – im **Basistarif**

Haben Sie eine Zusatzversicherung Ja Nein Sind Sie beihilfeberechtigt Ja Nein

- Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen -

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, dass Sie die folgenden Fragen vollständig und gewissenhaft beantworten.

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an...

Herz oder Kreislauf

Ja Nein

Lunge

Ja Nein

Blut

Ja Nein

Leber

Ja Nein

Nieren

Ja Nein

Schilddrüse

Ja Nein

Magen-Darm-Trakt

Ja Nein

Gelenken

Ja Nein

Haben oder hatten Sie jemals...

Hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zucker (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fallsucht (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gelbsucht (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Grünen Star	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Eine Tumorerkrankung / Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie beim Zahnarzt schon einmal ohnmächtig geworden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neigen Sie zu Blutungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie häufig an Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie HIV positiv?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wurden Sie zuletzt im Kopfbereich geröntgt? Wenn ja, wann?
Bei welchem Arzt oder in welchem Krankenhaus?

Nein Ja _____

Sind Sie zur Zeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

Nein Ja _____

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wo und weshalb?

Nein Ja _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Nein Ja _____

Nehmen Sie regelmäßig Drogen oder Alkohol zu sich? Wenn ja, welche und wie oft?

Nein Ja _____

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb?

Nein Ja _____

Haben oder hatten Sie jemals Allergien? Wenn ja, welche?

Nein Ja _____

Leiden Sie an anderen, hier nicht aufgeführten Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?

Nein Ja _____

Sind Sie an unserem Prophylaxeprogramm zur Vorbeugung von Karies und Parodontopathien interessiert?

Nein Ja

Liebe Patientin, lieber Patient, mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, folgende wichtige Informationen gelesen und verstanden zu haben:

- 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 meinen Gesundheitszustand betreffenden Änderungen zu informieren.
- Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen