

SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. (Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.)

GRUND IHRES BESUCHES/BESONDERE WÜNSCHE UND ERWARTUNGEN?

- Akute Schmerzen Neuer Zahnersatz Zweite Meinung
 Routinekontrolle Beratung Sonstige Gründe: _____

SIE SIND NEUPATIENT. WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN? (Mehrfachnennungen möglich)

- Ich wurde überwiesen. Name der Praxis: _____
 Die Praxis wurde mir persönlich empfohlen von: _____
 Ich habe mich vor meinem Besuch auf der Praxis-Website informiert.
 Ich habe einen Artikel / eine Anzeige in der Tageszeitung gesehen.
 Über die Suche im Internet bin ich auf die Praxis aufmerksam geworden.
 Für mich waren die Patienten-Bewertungen im Internet entscheidend.
 Ich habe die Praxis über ein Branchenverzeichnis ausgewählt (z. B. Gelbe Seiten).
 Sonstiges: _____

PERSÖNLICHE DATEN:

Name: _____ Vorname: _____
 Straße: _____ Ort: _____
 Geboren am: _____ Geburtsort: _____
 Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
 Telefon privat: _____ Telefon beruflich: _____
 E-Mail: _____
 Hausarzt, Ort: _____

Ich bin mitversichert bei:

Name: _____ Vorname: _____
 Straße: _____ Ort: _____
 Geboren am: _____

VERSICHERUNG:

- privat versichert
 gesetzlich versichert Zahnzusatzversicherung

SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. (Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.)

GRUND IHRES BESUCHES/BESONDERE WÜNSCHE UND ERWARTUNGEN?

- Akute Schmerzen Neuer Zahnersatz Zweite Meinung
 Routinekontrolle Beratung Sonstige Gründe: _____

SIE SIND NEUPATIENT. WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN? (Mehrfachnennungen möglich)

- Ich wurde überwiesen. Name der Praxis: _____
 Die Praxis wurde mir persönlich empfohlen von: _____
 Ich habe mich vor meinem Besuch auf der Praxis-Website informiert.
 Ich habe einen Artikel / eine Anzeige in der Tageszeitung gesehen.
 Über die Suche im Internet bin ich auf die Praxis aufmerksam geworden.
 Für mich waren die Patienten-Bewertungen im Internet entscheidend.
 Ich habe die Praxis über ein Branchenverzeichnis ausgewählt (z. B. Gelbe Seiten).
 Sonstiges: _____

PERSÖNLICHE DATEN:

Name: _____ Vorname: _____
 Straße: _____ Ort: _____
 Geboren am: _____ Geburtsort: _____
 Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
 Telefon privat: _____ Telefon beruflich: _____
 E-Mail: _____
 Hausarzt, Ort: _____

Ich bin mitversichert bei:

Name: _____ Vorname: _____
 Straße: _____ Ort: _____
 Geboren am: _____

VERSICHERUNG:

- privat versichert
 gesetzlich versichert Zahnzusatzversicherung

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

	ja	nein		ja	nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma, Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Engwinkelglaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen/Chemotherapie/Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschritmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kreutzfeld-Jakob/Varianten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich bin schwanger“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE?

	ja	nein		ja	nein
Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar oder ASS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche anderen Medikamente nehmen Sie?		
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

UNSER SERVICE FÜR SIE

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie in unser Prophylaxe-System aufzunehmen. Falls Sie Interesse daran haben, wählen Sie bitte, wie Sie kontaktiert werden möchten:

per Post per E-Mail per SMS per Anruf

WÜNSCHEN SIE EINE ERINNERUNG AN JÄHRLICHE PROPHYLAXE- UND KONTROLLUNTERSUCHUNGEN UND ZAHNREINIGUNGEN?

ja nein

DÜRFEN WIR IHNEN INFORMATIONEN ZU UNSERER PRAXIS UND UNSEREN AKTIONEN ÜBERSENDEN?

WENN JA, AUF WELCHEM WEGE?

per Post per E-Mail

Wir nehmen uns Zeit für Sie. Um längere Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine sorgfältige Terminplanung durch. Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, geben Sie uns bitte spätestens 24 Stunden vorher Bescheid. Bitte beachten Sie, dass eine Terminabsage nur Montag bis Freitag möglich ist. **Für Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, berechnen wir ein Ausfallhonorar von 90 Euro.**

Ort, Datum

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen und umseitigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

	ja	nein		ja	nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma, Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Engwinkelglaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen/Chemotherapie/Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschritmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kreutzfeld-Jakob/Varianten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich bin schwanger“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE?

	ja	nein		ja	nein
Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar oder ASS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche anderen Medikamente nehmen Sie?		
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

UNSER SERVICE FÜR SIE

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie in unser Prophylaxe-System aufzunehmen. Falls Sie Interesse daran haben, wählen Sie bitte, wie Sie kontaktiert werden möchten:

per Post per E-Mail per SMS per Anruf

WÜNSCHEN SIE EINE ERINNERUNG AN JÄHRLICHE PROPHYLAXE- UND KONTROLLUNTERSUCHUNGEN UND ZAHNREINIGUNGEN?

ja nein

DÜRFEN WIR IHNEN INFORMATIONEN ZU UNSERER PRAXIS UND UNSEREN AKTIONEN ÜBERSENDEN?

WENN JA, AUF WELCHEM WEGE?

per Post per E-Mail

Wir nehmen uns Zeit für Sie. Um längere Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine sorgfältige Terminplanung durch. Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, geben Sie uns bitte spätestens 24 Stunden vorher Bescheid. Bitte beachten Sie, dass eine Terminabsage nur Montag bis Freitag möglich ist. **Für Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, berechnen wir ein Ausfallhonorar von 90 Euro.**

Ort, Datum

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen und umseitigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.