



# Hallo und herzlich Willkommen...

in der Zahnarztpraxis Alevizacos

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

**für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.**

Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum, Geschlecht:  m  w

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil) Telefon (geschäftlich)

E-Mail Telefonnummer Notfall

Name der Krankenkasse / Versicherung ggf. Zusatzversicherung

Gesetzlich versichert

Beihilfeberechtigt

Privat versichert - **nicht** im Basistarif

Privat versichert - im Basistarif

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:**

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

Telefonbuch  Internet  Praxisschild  durch Bekannte \_\_\_\_\_

## Recall

Möchten Sie regelmäßig an eine Kontrolluntersuchung erinnert (Recall) erinnert werden?  Ja  Nein

## Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum Erziehungsberechtigter



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

**Gesundheitszustand** **Bitte ankreuzen** **Zusätzliche Informationen**

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen:**

- Apoplexie (Schlaganfall)  Ja  Nein
- Hoher / Niedriger Blutdruck  Ja  Nein
- Herzklappenerkrankung/-defekt  Ja  Nein
- Herzerkrankung  Ja  Nein
- Herzoperation  Ja  Nein
- Herzschrittmacher  Ja  Nein
- Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein

**Infektionserkrankungen:**

- HIV  Ja  Nein
- Hepatitis  Ja  Nein
- Tuberkulose  Ja  Nein
- andere:  Ja  Nein

wenn ja,  A  B  C

**Allergien / Unverträglichkeiten:**

- Lokalanästhetika  Ja  Nein
- Schmerzmittel  Ja  Nein
- Antibiotika  Ja  Nein
- andere:  Ja  Nein

**Weitere Erkrankungen:**

- Glaukom (Grauer Star)  Ja  Nein
- Asthma  Ja  Nein
- Lungenerkrankung  Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein
- Diabetes  Ja  Nein
- Rheuma  Ja  Nein
- Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein
- Epilepsie  Ja  Nein
- Ohnmachtsneigung  Ja  Nein
- andere:  Ja  Nein

**Allgemeine Angaben:**

Aktuelles Körpergewicht \_\_\_\_\_(kg)  
Regelmäßige Medikament  Ja  Nein Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Biphosphonate  Ja  Nein  
Frühere Röntgenuntersuchung Wenn ja, wo \_\_\_\_\_  
Drogenkonsum  Alkoholgenuss Oft  Regelmäßig  Selten  Nie   
Raucher  Ja  Nein  
Schwangerschaft Wenn ja, welcher Monat \_\_\_\_\_

**Wichtige Informationen:**

- 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 während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift

