



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

