



Zahnarztpraxis Julia Kaiser

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Geschlecht

M / W

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat/mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf / Arbeitgeber

Name der Krankenkasse / Versicherung

☐ Gesetzlich versichert

☐ Privat versichert - **nicht** im Basistarif

☐ Privat versichert - im Basistarif

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

☐ Beihilfeberechtigt

☐ Zusatzversicherung, welche

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

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

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



Zahnarztpraxis Julia Kaiser

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

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen		Zusätzliche Informationen
<i>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</i>			
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	Ja	Nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	Ja	Nein	
Herzklappenerkrankung/-defekt	Ja	Nein	
Herzerkrankung	Ja	Nein	
Herzoperation	Ja	Nein	
Herzschrittmacher	Ja	Nein	
Tumorerkrankung / Osteoporose	Ja	Nein	
<i>Infektionserkrankungen</i>			
HIV	Ja	Nein	
Hepatitis	Ja	Nein	
Tuberkulose	Ja	Nein	
Andere:			
<i>Allergien / Unverträglichkeiten</i>			
Lokalanästhetika	Ja	Nein	
Schmerzmittel	Ja	Nein	
Antibiotika	Ja	Nein	
Andere:			
<i>Weitere Erkrankungen</i>			
Blutgerinnungsstörungen	Ja	Nein	
Asthma	Ja	Nein	
Lungenerkrankung	Ja	Nein	
Schilddrüsenerkrankung	Ja	Nein	
Rheuma	Ja	Nein	
Epilepsie	Ja	Nein	
Diabetes	Ja	Nein	
Nierenfunktionsstörungen	Ja	Nein	
Ohnmachtsneigung	Ja	Nein	
Andere:			

Besteht oder bestand bei Ihnen eine Infektion oder Besiedlung mit MRSA oder haben Sie den Verdacht, dass eine solche Besiedlung bei Ihnen bestehen könnte (Krankenhausaufenthalt / Angehörige) Ja / Nein



Zahnarztpraxis Julia Kaiser

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

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen		Zusätzliche Informationen
<i>Allgemeine Angaben</i>			
Regelmäßige Medikamente	Ja	Nein	Wenn ja, seit wann / Name _____
Frühere Röntgenuntersuchung	Ja	Nein	Wenn ja, Datum / Körperteile _____
Schwangerschaft	Ja	Nein	Wenn ja, welcher Monat _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

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 24h 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 Patient und Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter