



FELGNER

PRAXIS FÜR ZAHNERHALTUNG

HERZLICH WILLKOMMEN

Um Ihnen die bestmögliche Behandlung zu ermöglichen, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Dies ist von großer Bedeutung, um den möglichen Effekt von Allgemeinerkrankungen auf unsere Behandlung auszuschließen. Bitte wenden Sie sich jederzeit vertrauensvoll an uns, wenn Sie Rückfragen haben.

Ihr Praxisteam Dr. Felgner

PATIENT/IN

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsort

VERSICHERTE/R

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	

ANSCHRIFT

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	E-Mail*

BERUF

KRANKENKASSE

<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> EU versichert	<input type="checkbox"/> Privat versichert
<input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Basistarif

ÜBERWEISER/ EMPFEHLUNG*

<input type="checkbox"/> Überweisender Arzt	<input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/> Google
		<input type="checkbox"/> Social Media

WELCHES ANLIEGEN FÜHRT SIE IN UNSERE PRAXIS?

<input type="checkbox"/> Allg. Beratung, Kontrolle	<input type="checkbox"/> Zweitmeinung	<input type="checkbox"/> Unbefriedigende Ästhetik Ihrer Zähne
<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/> Überweisung	

TEILNAHME AM RECALL UND ERINNERUNGSSERVICE

Zum Erhalt meiner Zahngesundheit und der Gewährleistungsansprüche möchte ich künftig über meinen nächsten Kontroll- bzw. Vorsorgetermin informiert werden. Die Teilnahme am Erinnerungsservice ist unverbindlich und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Bitte benachrichtigen Sie mich per: E-Mail (Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)
 Anruf

Datum _____ Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten _____

EINWILLIGUNG IN ERHEBUNG, VERARBEITUNG UND NUTZUNG PERSONENBEZOGENER DATEN (GEM. ART. 9 ABS. 2 DSGVO)

Alle Angaben wie auch die Gesundheitsfragen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht bereit. Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig und werden nur zur Kommunikation im Rahmen der Behandlung genutzt.

Datum _____ Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten _____

GESUNDHEITSDATEN

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Ja Nein
Behandlung?

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

HAUSARZT (Name / Anschrift / Telefon)

MEDIKAMENTE

Liegt ein Medikamentenpass vor? Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN

Antibiotika Ja Nein

Schmerzmittel Ja Nein

Jod Ja Nein

Latex Ja Nein

Sonstige, wenn ja welche?

HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN

Zu hoher Blutdruck Ja Nein

Zu niedriger Blutdruck Ja Nein

Herzrhythmusstörungen Ja Nein

Herzschwäche (Insuffizienz) Ja Nein

Herzklappenersatz Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Endokarditis Ja Nein

Herzinfarkt / Schlaganfall Ja Nein

Erhöhter Augeninnendruck Ja Nein

KREBS- / TUMORERKRANKUNGEN

Wenn ja, welcher Art? Ja Nein

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Diabetes Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein

Magen-Darm-Erkrankungen Ja Nein

Osteoporose Ja Nein

Sonstiges?

BLUTERKRANKUNGEN

Blutungsneigung Ja Nein

Blutarmut (Anämie) Ja Nein

Gerinnungshemmende
Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche?

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Epilepsie Ja Nein

Krämpfe Ja Nein

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Hepatitis (A/B/_) Ja Nein

HIV Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

ATEMWEGSEKRANKUNGEN

Asthma Ja Nein

COPD Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wieviel?

FÜR UNSERE PATIENTINNEN

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Woche?

RÖNTGEN

Wurden Sie in den letzten
zwei Jahren im Kopf-Hals-Bereich
geröntgt? Ja Nein

SONSTIGE ERKRANKUNGEN?

Ja Nein

TERMINMANAGEMENT

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Sie reserviert, denn Qualität braucht Zeit. Wir möchten Sie um Verständnis bitten, dass wir uns für kurzfristig ausgefallene Termine ohne rechtzeitige Absage, d.h. 24 Stunden vorher, ein Ausfallhonorar vorbehalten.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift