



Zahnarztpraxis
emmaKLEIN

Patient: Vorname:

Name:

Geburtsdatum/Ort:

Versicherter: Vorname:

Name:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum/Ort:

Telefon/Fax:

Handy/E-Mail:

-Pflegerstufe

Stufe I

Stufe II

-Zusatzversicherung

ja

nein

-Schwangerschaft:

ja

nein

-Empfohlen durch:

-Grund meines Zahnarztbesuches:

Sie wünschen eine Beratung über: _____

Für eine auf Sie individuell abgestimmte Behandlung benötigen wir folgende Angaben,
die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Gesundheitlicher Zustand:

Zahnfleischbluten

Osteoporose: Bisphosphonate Ja Nein

Asthma

Hepatitis, Gelbsucht, Lebererkrankung

Diabetes

HIV

Kopf- oder Nackenschmerzen

Rheuma

Herzschrittmacher

Tuberkulose

Nierenerkrankung

Schilddrüsenerkrankung

Blutgerinnungsstörungen

Allergien

Sonstige Erkrankungen: _____

Herz-Kreislaufkrankungen/Blutdruck

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? _____

Sind Sie überempfindlich gegen Medikamente? _____

Wann und was wurde zuletzt geröntgt? _____

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand geändert hat.

Bitte wenden

**Einverständnis zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden
entsprechend §73 Abs.1 SGBV **DSGVO** (z.B. Weiterleitung von Röntgenbildern,
prothetischen Daten ans Labor, Hausarzt etc.)**

Sie haben die Möglichkeit an unserer SMS-Erinnerungsfunktion teilzunehmen:

Recall (Kontroll- und Prophylaxe-Termine)

Terminerinnerung (für bereits bestehende Termine)

**Ich möchte gerne erinnert werden per E-Mail _____
oder SMS**

**Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Zahnarzt von seiner ärztlichen
Schweigepflicht nach §203 StGB, soweit dies für den Versand der SMS von dieser
Arztpraxis an meine Mobilfunk-Nr. erforderlich ist.**

**An den mit uns vereinbarten Terminen steht das Praxisteam ganz zu Ihrer alleinigen
Verfügung. Bitte sagen Sie daher, wenn Sie einen Termin nicht einhalten können,
spätestens 24 Stunden vorher ab. Eine ausgefallene Praxisstunde verursacht Kosten in Höhe
von 150 EUR, die wir Ihnen bei versäumten Terminen entsprechend in Rechnung stelle**

Datum, Unterschrift _____