



ZAHNARZTPRAXIS MICHAEL PAARE
Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wir benötigen neben ihren Personalien auch Auskünfte über ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um eine adäquate und risikofreie Behandlung zu gewährleisten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Herr Frau Kind

Patient: _____ **geb. am:** _____

Versichert über: _____ **geb. am:** _____

Anschrift: _____

Telefon (tagsüber): _____

Sind Sie zahnzusatz-versichert? ja nein

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie schriftlich an Ihre fällige Vorsorgeuntersuchung/PZR erinnern? (Einwilligung folgt) ja nein

Ärztliche Behandlung Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung(en)? _____

Hausarzt / Facharzt Name, Adresse, Telefonnummer: _____

Medikamente Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Herzerkrankungen Herzschwäche? ja nein

Herzrhythmusstörungen? ja nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ja nein

Sonstiges? _____

Kreislaufkrankungen Zu hoher Bluthochdruck? ja nein

Zu niedriger Blutdruck? ja nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein

Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten Lebererkrankungen/Gelbsucht (Hepatitis A/B/ ____)? ja nein

HIV / AIDS? ja nein

Sonstiges? _____

Weitere Angaben Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Sind bei ihnen **sonst irgendwelche Erkrankungen**, Anomalien, Allergien oder Auffälligkeiten **bekannt**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Schwangerschaft Wenn ja, in welchem Monat? _____

Röntgen Wurden Sie im letzten halben Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? _____

Alle personenbezogenen Daten werden nach der neuen strengen Datenschutzverordnung bzw. nach dem Bundesdatenschutzgesetz verarbeitet. Bitte beachten Sie diesbezüglich unbedingt unseren Aushang im Wartezimmer (Patienteninformation zu Art. 13 DSGVO).

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene oder kurzfristig abgesagte Termine privat mit € 25,- pro Viertelstunde in Rechnung zu stellen. Ihre Termine bei uns werden ausdrücklich für Sie freigehalten.

Datum _____

Unterschrift _____