ZAHNARZTPRAXIS
THALKIRCHEN

Zahnarztpraxis Thalkirchen Alfred-Schmidt-Str. 24 81379 München

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten,
benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.
Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten:_____

geb. am:_____

Anschrift:_____ Ort:_____

Telefon: _____ E-Mail:_____

Name der Krankenkasse:_____

Gesetzlich versichert? **ja** ◯ **nein** ◯

Privat versichert? **ja** ◯ **nein** ◯

Privat zahnärztlich (zusatz)-versichert: **ja** ◯ **nein** ◯

Liegt ein Pflegegrad vor?_____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnungen an Patienten oder Versicherten:_____

Versicherter:_____

geb. am:_____

Anschrift:_____

_____

ZAHNARZTPRAXIS THALKIRCHEN

ZAHNARZTPRAXIS
THALKIRCHEN

Zahnarztpraxis Thalkirchen Alfred-Schmidt-Str. 24 81379 München

Gesundheitscheck

Hoher Blutdruck	☐	Diabetes	☐
Herzerkrankung	☐	Rheuma	☐
Herzschrittmacher/künstl. Herzklappen	☐	Ohnmachtsneigung	☐
Lebererkrankung/Hepatitis	☐	Nierenerkrankung	☐
Gerinnungshemmer	☐	Epilepsie	☐
Blutungsneigung/Bluterkrankung	☐	Bisphosphonate	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	Lunge/Asthma	☐
Schwangerschaft ..... Monat	☐	HIV (positiv)	☐

Haben sie eine sonstige Erkrankung? **ja** ◯ **nein** ◯ wenn ja, welche?_____

_____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ?

_____

_____

Allergien - auch auf Medikamente **ja** ◯ **nein** ◯ wenn ja, welche?_____

_____

Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.
Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Behandlung unter lokaler Betäubung in Ihrer Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sind.
Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit Ihrem Hausarzt, KFO, MKG, Fremdlabor etc., falls erforderlich.
Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Einwilligung zum unverschlüsselten Datenaustausch per E-Mail, SMS oder WhatsApp zwischen Ihnen und der Praxis, falls erforderlich.
Mit Ihrer Zustimmung dürfen wir Ihre E-Mail-Adresse und Mobilnummer an Doctolib weitergeben, um Ihnen Terminbestätigungen und -Erinnerungen zu senden
Wir behalten uns vor, nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung zu stellen (nach §§304,615BGB).
Wir benötigen Ihre Gesundheitskarte bei jedem Besuch in der Praxis.

Datum:_____ Unterschrift:_____

ZAHNARZTPRAXIS THALKIRCHEN