



## Liebe Patientin, lieber Patient

wir heißen Sie herzlich willkommen in unserer Praxis für Zahnerhaltung.Berlin!

Ihre Gesundheit ist uns das Wichtigste. Um eine möglichst umfassende Diagnostik und bestmögliche Behandlung gewährleisten zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Dies ist sehr wichtig, um mögliche Auswirkungen von Allgemeinerkrankungen auf die zahnärztliche Behandlung auszuschließen.

Wir möchten Ihnen gern eine individuelle und angemessene Betreuung bieten und folglich ist Ihr Termin nur für Sie reserviert. Können Sie also einen Termin nicht einhalten, bitten wir Sie, diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

### Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße

Postleitzahl

Ort

Telefon Festnetz

Telefon Arbeit

Telefon Mobil

E-Mail

### Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert

Privat versichert

EU versichert

Basistarif

Beihilfeberechtigt

Zusatzversicherung

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung

Im Vorbeigehen

Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Internet: \_\_\_\_\_

Bitte wenden 

## 🦋 Allgemeine Gesundheitssituation

	ja    nein		ja    nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sonstige gesundheitliche Risiken:	
Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	
Endokarditis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche:	
Herzpass	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Herzmedikamente: _____	
Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cortison: _____	
wenn ja, welche: _____		Schmerzmittel: _____	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Antidepressiva: _____	
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Blutverdünner: _____	
Allergien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sonstige: _____	
wenn ja, welche: _____		Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Für unsere Patientinnen:	
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Veränderter Augeninnendruck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche Woche: _____	
Asthma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

## 🦋 Sie sind uns wichtig

Mir ist die Professionelle Zahnreinigung bekannt.	ja    nein
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ich habe schon einmal eine Parodontitis-Behandlung durchführen lassen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ich möchte gern regelmäßig an meine Vorsorge erinnert werden.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

---

Ort, Datum Unterschrift

---

Ort, Datum Unterschrift

---

Ort, Datum Unterschrift

Falls durch Ihre Behandlung Mehrkosten entstehen, klären wir Sie selbstverständlich im Vorhinein auf.  
Für die Zahlung bieten wir folgende Möglichkeiten an:

- Über unser Abrechnungszentrum  
Ihr Vorteil: kompetente Unterstützung bei Versicherungskorrespondenz, zinsfreie Teilzahlung ist möglich
- Per EC oder bar im Anschluss an Ihren Termin  
Ihr Vorteil: Sie haben die Zahlung direkt erledigt und könne die Rechnung sofort bei Ihrer Versicherung einreichen

Sprechen Sie uns an, wir beraten Sie gern!  
Ihr Praxisteam