



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 48 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

Pflegegrad

ja

nein

Wenn Ja, welcher _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung

Im Vorbeigehen

Überweisender Arzt: _____

Internet: _____

Bitte wenden 

🦋 Allgemeine Gesundheitssituation

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

Bitte nicht wundern! Die folgende Frage soll keine Indiskretion unsererseits darstellen, sondern dient der versicherungstechnischen Sicherstellung der Einhaltung der Beladungskapazität unserer Behandlungseinheiten und damit dem Medizinproduktegesetz (MPG). **Selbstverständlich unterliegt die Angabe der ärztlichen Schweigepflicht!**

Wiegen Sie unter 135 kg? ja nein

🦋 Sie sind uns wichtig

	ja	nein
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

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 können die Rechnung sofort bei Ihrer Versicherung einreichen

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