WENDLER DÖPFNER
ZAHNÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

SEHR VEREHRTE PATIENTIN, SEHR VEREHRTER PATIENT! HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER GEMEINSCHAFTSPRAXIS!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken und unsere Praxis aufgesucht haben. Im Interesse einer möglichst sicheren und reibungslosen Behandlung, bitten wir Sie, die Fragen möglichst genau und vollständig zu beantworten und die erforderlichen Einwilligungen zu unterzeichnen. Aus Gründen der medizinischen und rechtlichen Sicherheit ist dies dringend erforderlich. Für Rückfragen hierzu stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzhinweise (ausliegend im Wartezimmer) gelesen habe und diesen zustimme. Mir ist bekannt, dass ich dies jederzeit wiederrufen kann. Falls Sie eine Kopie des Formblatts wünschen, sprechen Sie uns einfach an.

Name, Vorname ..... Geburtsdatum .....

Straße, Hausnummer ..... PLZ, Wohnort .....

Telefon privat/mobil ..... Telefon dienstlich .....

Versicherung ..... E-Mail .....

WIE SIND SIE VERSICHERT?

☐ Pflicht ☐ Freiwillig ☐ Privat ☐ Kostenerstattung

☐ Privat Basistarif ☐ Privat Beihilfe ☐ Privat zusatzversichert bei: .....

VERSICHERTE(R) ODER ZAHLUNGSPFLICHTIGE(R) (falls abweichend)

Name, Vorname ..... Geburtsdatum .....

Straße, Hausnummer ..... PLZ, Wohnort .....

IHR HAUSARZT

Name ..... Straße, Ort .....

BITTE WENDEN!

WENDLER DÖPFNER
ZAHNÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

FRÜHERE KRANKHEITEN

ZUR ZEIT BESTEHENDE KRANKHEITEN

- ☐ Herz-Kreislauferkrankungen
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Blutgerinnungsstörungen
- ☐ Künstliche Gelenke / Herzklappe
- ☐ Schilddrüsenunterfunktion
- ☐ Diabetes
- ☐ Magen-Darm-Erkrankungen
- ☐ Asthma / Atemwegserkrankung
- ☐ Rheuma
- ☐ Osteoporose

INFEKTIONSKRANKHEITEN

- ☐ Hepatitis / HIV
- ☐ Tuberkulose
- ☐ AIDS-Risiko

ALLERGIEN

- ☐ Asthma
- ☐ Latex
- ☐ Sonstige: .....

TUMORERKRANKUNGEN

☐ Chemotherapie ☐ Bestrahlung

AUGENERKRANKUNGEN

☐ Glaukom ☐ Katarakt / Grauer Star

KNOCHENERKRANKUNGEN

☐ Bisphosphonatbehandlung

SUCHTMITTELKONSUM

☐ regelm. Konsum von Alkohol, Drogen, Zigaretten

LIEGT EINE SCHWANGERSCHAFT VOR?

☐ Ja, Woche:

KOMPLIKATIONEN BEI ZAHNBEHANDLUNGEN

☐ Ja, ... ☐ Nein

DAUERHAFTE MEDIKAMENTE (z.B. ASS, Marcumar)

FRÜHERE RÖNTGENUNTERSUCHUNGEN (Bitte Art und Datum angeben, falls bekannt)

Damit Sie die wichtigen halbjährlichen/jährlichen Kontrolltermine nicht verpassen, erinnern wir Sie gerne zum vereinbarten Zeitpunkt an eine Terminvereinbarung (telefonisch/schriftlich).

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Bayreuth, den

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger/Vertreter