



Name _____

Adresse _____

Telefon _____ Geburtstag ____/____/____
 Zu Hause Arbeit Handy

Email-Adresse (die Sie derzeit verwenden) _____@_____

Hausarzt: _____

Dürfen wir in Ihrem Interesse dort rückfragen, wenn dies medizinisch notwendig ist: ja nein

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand wahrheitsgetreu und absolut genau!
Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislauferkrankungen:

- Bluthochdruck ja nein
- Herzklappenfehler ja nein
- Herzklappenersatz ja nein
- Herzschrittmacher ja nein
- Endokarditis ja nein
- Herzoperation ja nein
- Anfallsleiden (Epilepsie): ja nein
- Asthma/Lungenerkrankungen: ja nein
- Blutgerinnungsstörungen: ja nein
- Diabetes/Zuckerkrankheit: ja nein
- Drogenabhängigkeit: ja nein
- Nierenerkrankungen: ja nein
- Ohnmachtsanfälle: ja nein
- Sonstige Erkrankungen:

Infektiöse Erkrankungen:

- AIDS ja nein
- Hepatitis ja nein
- Tuberkulose ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
- Antibiotika ja nein
- Schmerzmittel ja nein
- Metalle:

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? ja nein Wenn ja, wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßige bzw. zur Zeit? seit

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine unbedingt einzuhalten. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich uns Ihre Verhinderung mindestens 24h vor dem vereinbarten Termin mitzuteilen. Gerne werden wir dann mit Ihnen diesen Termin verschieben. Sollten Sie einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, ohne uns vorher rechtzeitig über diesen Umstand in Kenntnis gesetzt zu haben, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Fall eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§ 650 / 280 BGB). Berechnungsgrundlage für das in diesem Fall anfallende „Ausfallhonorar“ ist der in der Praxis anfallende durchschnittliche Kostenfaktor, der für eine Praxisstunde 300 EUR und für eine Prophylaxe-Stunde 120 EUR beträgt.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnarzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muß, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

....., den

Unterschrift: