

Herzlich Willkommen in unserer Praxis,

sie sind jetzt schon längerer Patient in unserer Praxis. Für das uns entgegengebrachte Vertrauen möchten wir uns bei Ihnen ganz herzlich bedanken. Unser Ziel ist es auch weiterhin Sie im Sinne unserer Praxisphilosophie zufrieden stellend zu betreuen.

Seit der letzten Anamnese ist einige Zeit vergangen. Um daher auch heute noch eine angemessene und risikofreie Behandlung durchführen zu können, benötigen wir aktuelle Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

(Herr/Frau/Kind)	Name	Vorname	geb.
Straße/Hausnummer		Telefon dienstlich/privat	
Postleitzahl	Ort	e-mail Adresse	

Versicherter

(Herr/Frau/Kind)	Name	Vorname	geb.
Straße/Hausnummer		Telefon dienstlich/privat	
Postleitzahl	Ort		

Name der Krankenkasse mit Geschäftsstelle o. Versicherung (nur bei privat versicherten Patienten)

Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Sehr geehrter Patient,

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren. Setzen Sie uns über Ihre Verhinderung nicht rechtzeitig in Kenntnis, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Falle eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§ 615 / 280 BGB).

Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Termin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Mit der Erfassung und Bearbeitung meiner Daten gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um folgende Angaben

1. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja Nein
2. Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?
- Asthma (schwere Atemnot) Ja Nein
 - Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen Ja Nein
 - Unverträglichkeit von Medikamenten Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
 - Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein
 - Wie ist der Blutdruck? _____ niedrig normal hoch
 - Herzinfarkt Schlaganfall Lähmungen, ggf. wann? _____ Nein
 - Gelbsucht Leberkrankheiten, ggf. wann? _____ Nein
 - Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja Nein
 - Gelenkerkrankungen, wie Rheuma, PCP Ja Nein
 - Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
 - Epileptiforme Anfälle Ja Nein
3. Leiden Sie unter Bluterkrankungen o. Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein
4. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein
5. Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? Ggf., welches Ergebnis? + -
6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
7. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____
8. Sonstige Hinweise/ Allergien

9. Wer ist Ihr Hausarzt / Facharzt? _____ Tel.: _____
10. (Frauen) Besteht eine Schwangerschaft? Ja, ___ Woche Nein

Raum für Notizen des Behandlers Aktuelle Beschwerden: _____ _____ _____ _____ Erfahrungen/Erwartungen _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten