



Zahnarztpraxis Schurr & Kollegen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir heißen Sie recht herzlich in unserer Praxis willkommen und freuen uns über das entgegengebrachte Vertrauen.
Ihre Patientendaten werden gespeichert und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu,
unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Hauptversicherter Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon _____ Mobil _____ Fax _____ E-Mail _____ Beruf _____

Sind Sie ein Angstpatient? ja nein
 Private Krankenversicherung Private Zusatzversicherung
Möchten Sie an unserem Recall-System teilnehmen? ja nein

Medizinische Befunderhebung

Hepatitis A B C ja nein
Herzkrankheiten ja nein Tuberkulose ja nein
Herzschrillmacher ja nein AIDS, HIV, Infektionskrankheiten ja nein
Endokarditis (Herzklappenfehler) ja nein Sind / waren Sie drogenabhängig? ja nein
 hoher Blutdruck niedriger Blutdruck Rauchen Sie? wenn ja, wieviele ca.? _____
Marcumar, ASS100 etc. ja nein Sind Sie schwanger? ja nein
oder andere Blutverdünner _____ wenn ja, welcher Monat? _____
Biphosphonate ja nein Sonstige Erkrankungen _____
Asthma ja nein
Ohnmachtsanfälle ja nein Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden? ja nein
Epilepsie ja nein Leiden Sie unter Mundgeruch? ja nein
Allergien? wenn ja, welche? _____

Terminvereinbarungen

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Aus diesem Grund bitten wir Sie, vereinbarte Termine möglichst 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.

Bei Nichteinhalten ohne Terminabsage sind wir berechtigt, nach BGB § 615 die Zeit privat in Rechnung zu stellen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Patienten mit Zahnschmerzen in das Bestellsystem mit eingebunden werden müssen – dadurch kann es in manchen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen.

Datum, Unterschrift _____

Aktualisierung _____