



■ Liebe Patientin, lieber Patient,  
herzlich willkommen in  
unserer Praxis!

Wir bitten Sie, uns zunächst  
einige Informationen für  
unsere Administration zu  
geben. Wenn Sie Röntgen-  
bilder mitgebracht haben,  
geben Sie diese bitte am  
Empfang ab.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

e-Mail \_\_\_\_\_

Meine Krankenversicherung:

- selbst versichert  
 versichert mit  
 Ehemann  
 Ehefrau  
 Vater

- Mutter  
 Name \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis  
aufmerksam geworden?

- Internet  Überweisung  Bekannte  Sonstiges \_\_\_\_\_

■ Bitte helfen Sie uns.

Damit wir Ihnen bei der  
Behandlung die bestmögli-  
che medizinische Betreuung  
zukommen lassen können,  
ist es wichtig, dass Sie auch  
alle folgenden Fragen ge-  
wissenhaft beantworten.

Haben oder hatten Sie:

- |                        | Ja                       | Nein                     |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Herzerkrankung         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzklappenfehler      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hohen Blutdruck        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zucker (Diabetes)      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fallsucht (Epilepsie)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen:          |                          |                          |
| der Lunge              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| der Leber              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| der Nieren             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| des Magen-Darm-Traktes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| der Gelenke (Rheuma)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krankenhausaufenthalte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Leiden Sie an Allergien?

Ja Nein

Welche?

Besteht eine Medikamentenallergie?  
Gegen welche Medikamente?

Nehmen Sie regelmäßig  
Medikamente ein? Welche?

Nehmen Sie blutverdünnende  
Mittel ein? Welche?

Leiden Sie an Infektionskrankheiten?  
(HEP, TBC, HIV) Welche?

Leiden Sie an anderen  
Erkrankungen? An welchen?

Sind Sie zur Zeit schwanger?  
In welchem Monat?

Wenn ja, weswegen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

■ Wichtige Informationen  
zum Datenschutz

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.
- Bitte beachten Sie, dass wir eine reine Bestellpraxis sind. Terminabsagen und Verschiebungen bis 48h vor Behandlungsbeginn sind kostenfrei. Danach können Ihnen Ausfallhonorare in Rechnung gestellt werden.
- Ich wünsche regelmäßige Informationen und Recall-Service:  telefonisch  per Mail  per Post  
Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.
- Unsere aktuellen Datenschutzbestimmungen finden Sie unter [www.zahnaerztesaarland.de/datenschutz.html](http://www.zahnaerztesaarland.de/datenschutz.html)
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Vielen Dank  
für Ihre Unterstützung!

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_