



Zahnarztpraxis Prinz

Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Prinz.

Für eine optimale Behandlung ist es wichtig, neben Ihren persönlichen Daten auch Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand zu erfassen. Bitte teilen Sie uns Änderungen mit.

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße/Nr.:	PLZ:	Ort:
Name der Versicherung: _____ <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> PKV Standardtarif <input type="checkbox"/> Beihilfe Besteht eine Zahnzusatzversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Haben Sie ein Bonusheft? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Pflegebedürftigkeit: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Pflegegrad _____ Eingliederungshilfe: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Von: _____ Bis: _____		
Telefon privat:		Telefon mobil:
E-Mail:		
Dürfen wir Angehörigen oder Vertrauenspersonen Auskünfte zu Ihren Behandlungen oder Terminen geben? Falls ja, entbinde ich Sie hiermit gegenüber folgenden Personen von der Schweigepflicht:		
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? <input type="checkbox"/> Google/Website <input type="checkbox"/> Presse/Medien <input type="checkbox"/> Empfehlung von:		

Gesundheitszustand — Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz und Kreislauf

- Ja Nein Zustand nach Infarkt
 Ja Nein Herzinsuffizienz
 Ja Nein Muskelentzündung oder Endokarditis Risiko
 Ja Nein Verengung der Herzkranzgefäße
 Ja Nein Rhythmusstörungen
 Ja Nein Bypassoperationen
 Ja Nein Herzklappenersatz
 Ja Nein Schrittmacher
 Ja Nein Niedriger Blutdruck
 Ja Nein Bluthochdruck
 Ja Nein **Angina pectoris** (Engegefühl Brust)
 Ja Nein Durchblutungsstörungen
 Ja Nein Schlaganfall

Magen/Darm/Leber/Nieren

- Ja Nein Magen-Darm-Trakt
 Ja Nein Hepatitis
 Ja Nein Nierenerkrankung (Dialyse)

Bewegungsapparat/Nervensystem/Stoffwechsel

- Ja Nein Rheuma
 Ja Nein Rheumatoide Arthritis
 Ja Nein Gicht
 Ja Nein Kopfschmerzen
 Ja Nein Epileptische Anfälle
 Ja Nein Migräne
 Ja Nein Zuckerkrankheit/Diabetes
 Ja Nein Schilddrüsenüberfunktion
 Ja Nein Schilddrüsenunterfunktion

Augen

- Ja Nein Blutarmut
 Ja Nein Bluter oder blutverdünnende Medikamente?

Augen

- Ja Nein Grüner Star
 Ja Nein Grauer Star

Bitte wenden!

Atemwege/Lunge

- Ja Nein Asthma
Ja Nein Bronchitis

Weitere Erkrankungen

- Ja Nein Haut- und/oder Geschlechtskrankheiten
Ja Nein HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
Ja Nein Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
Ja Nein Osteoporose
Ja Nein Bekommen Sie Tabletten oder Spritzen wegen Osteoporose oder einer Tumorerkrankung (sog. Bisphosphonate — z.B. Xgeva, Zolendronat, Alendronsäure)? Bitte unten angeben.

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- Ja Nein Haben Sie künstliche Gelenke? Wenn ja, seit wann:
Ja Nein **Haben Sie andere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen?**
Wenn Ja, welche: _____

Ja Nein Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Blutverdünner, Bisphosphonate) ein?
Wenn Ja, welche: _____

Ja Nein Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____
Ja Nein Nehmen Sie regelmäßig Alkohol zu sich?
Ja Nein Nehmen Sie andere berauschende Substanzen zu sich?
Ja Nein Sind Sie **allergisch** gegen bestimmte Medikamente oder Stoffe?
Wenn Ja, welche: _____
Ja Nein Besitzen Sie einen Allergiepass?
Ja Nein Traten schon einmal Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Ja Nein Sind Sie zur Zeit schwanger?
Voraussichtlicher Entbindungstermin: _____

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:			
Arzt:	Fachrichtung:	Ort:	Telefon (falls bekannt):

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum, Unterschrift (Patient/Erziehungsberechtigter)

Organisatorisches

Ihre Zeit ist uns wichtig. Um Ihnen einen reibungslosen Besuch ohne unnötige Wartezeiten zu ermöglichen, planen wir unsere Termine exklusiv für Sie ein. Als besonderen Service unterstützen wir Sie gerne mit einer freiwilligen Terminerinnerung per SMS oder telefonisch. Bitte beachten Sie, dass dieser Service bei Systemfehlern oder personellen Engpässen nicht garantiert werden kann. Wir bitten Sie daher, Ihren persönlichen Terminzettel stets als verbindliche Referenz zu nutzen.

Ich wünsche eine Terminerinnerung per SMS: Ja Nein

Bitte die Handynummer auf Seite 1 eintragen.

Ich bin mit einer telefonischen Terminerinnerung einverstanden: Ja Nein

Ich möchte regelmäßig an die Vorsorgeuntersuchung und PZR erinnert werden: Ja Nein

Wichtige Vereinbarung zum Ausfallhonorar

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist.

Vereinbarung: Termine müssen spätestens **24 Stunden vorher** abgesagt werden. Bei kurzfristigeren Absagen oder Nichterscheinen behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar gemäß § 615 BGB in Höhe von **80€ pro halber Stunde** in Rechnung zu stellen, sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden kann.

Ort, Datum, Unterschrift (Patient/Erziehungsberechtigter)