



IHRE DATEN

Bitte nehmen Sie sich Zeit, die folgenden Fragen im Interesse einer reibungslosen Behandlung sorgfältig zu beantworten.
Alle Mitarbeiter und Zahnärzte unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ihre persönlichen Daten

Name des Patienten	Vorname des Patienten	Beruf, Arbeitgeber, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Nummer	PLZ, Ort	Krankenkasse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Ort	Telefon (tagsüber und / oder privat)*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		E-Mail*
		<input type="text"/>

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Name und Vorname	Geburtsdatum	Beruf des Versicherten
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitgeber	Krankenkasse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Wie sind Sie versichert? GKV (gesetzlich) PKV (privat) Wenn **privat**, nutzen Sie Spezialtarife (z. B. Basistarif)?

Haben Sie eine private zahnärztliche **Zusatzversicherung**? Nein Ja, **Name der Versicherung**:

Sind Sie **beihilfeberechtigt**? Ja Nein

Warum kommen Sie zu uns in die Praxis?

Ich habe akute Schmerzen oder andere Beschwerden Mein Behandlungswunsch:

Ich komme auf Empfehlung von:

Zu wem möchten Sie zur Behandlung?

Dr. Matthias Rahn Zahnärztin Theresa Krause Dr. Christian Banz ist mir egal

Darüber möchte ich mehr wissen:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Professionelle Prophylaxe | <input type="checkbox"/> Implantat-Versorgung | <input type="checkbox"/> Ganzheitliche Zahnheilkunde |
| <input type="checkbox"/> Behandlung bei Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Zahnaufhellung (Bleaching) | <input type="checkbox"/> Akupunktur |
| <input type="checkbox"/> Moderne Wurzelkanalbehandlung | <input type="checkbox"/> Kosmetische Zahnbehandlung | <input type="checkbox"/> ... |

Zusätzlich wünsche ich eine Beratung über

Haben Sie Angst vor Zahnbehandlung? Nein Ja, etwas Ja, sehr

Informationen zu unserer Bestellpraxis / Einwilligung in Erinnerungsservice:

Da wir eine Bestellpraxis führen, müssen vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ein Ausfallhonorars in Höhe von 50€/Stunde geltend gemacht werden kann, wenn ein Termin nicht mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt wird.

Gerne erinnern wir Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin.

Ja, ich möchte vom Erinnerungsservice Gebrauch machen. Die Teilnahme ist unverbindlich und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Bitte informieren bzw. benachrichtigen Sie mich per: Postbrief E-Mail SMS Anruf

(Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich)

Ort, Datum: Unterschrift:

Bitte Seite „Gesundheitsfragen“ beachten!

FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Sind Sie zurzeit in **orthopädischer Behandlung**? Nein Ja
Oder sonstiger **ärztlicher Behandlung**? Nein Ja
Wenn **Ja**, geben Sie bitte Name / Adresse / Telefon-Nr. des Arztes an

Werden Sie von einem **Hausarzt** betreut? Nein Ja
Wenn **Ja**, geben Sie bitte Name / Adresse / Telefon-Nr. an

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Nein Ja
Wenn **Ja**, welche:

Bekommen oder bekamen Sie jemals eine **Bisphosphonattherapie**? Nein Ja

Besteht bei Ihnen Verdacht auf **Allergie / Überempfindlichkeit / Unverträglichkeit**? Nein Ja

Wenn ja, gegen welche Materialien / Medikamente? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? Nein Ja

Herz-Kreislaufkrankungen:

Herzinfarkt Herzschrittmacher Herzklappenersatz Herzfehler
 Endokarditis Schlaganfall Bluthochdruck Gerinnungsstörung

Vegetative Erkrankungen:

Schwindel, Ohnmachtsanfälle? Nein Ja
Chronische Erkrankungen der Atemwege (Asthma)? Nein Ja

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)? Nein Ja
Magen-Darm-Erkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Niereninsuffizienz? Nein Ja

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptische Anfälle, Krämpfe, Multiple Sklerose? Nein Ja

Augenerkrankungen:

Glaukom (Grüner Star)? Nein Ja

Infektionskrankheiten:

Aids (HIV), Tuberkulose, Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis)? Nein Ja

Knochenerkrankungen:

Osteoporose, Knochentumore, Knochenmetastasen? Nein Ja

Röntgen:

Wann wurden Sie zuletzt im Kopf-Kiefer-Bereich geröntgt? _____

Schwangerschaft:

Wenn **Ja**, in welcher Woche / welchem Monat? _____ Nein Ja

Vielen Dank für Ihre Mühe. Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit.

Einwilligung in Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

Änderungen des Gesundheitszustandes teile ich vor der nächsten Behandlung mit. Alle Angaben wie auch die Gesundheitsfragen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht bereit. Die umseitig mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig und werden nur zur Kommunikation im Rahmen der Behandlung genutzt.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____