

Herzlich Willkommen in der Praxis Dr. Machon!

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutzgesetz. Wir speichern Ihre Daten und die Behandlungsdokumentation nach den gesetzlichen Vorgaben. Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

Name:	Vorname:	geb. am:
Straße:	Ort:	Tel.:
Mobil:	Email:	
Falls mitversichert, bitte folgend Angaben zum Hauptversicherten		
Name:	Vorname:	geb. am:
Straße:	Ort:	

Besteht oder Bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

Herz-Kreislauf

- Hochdruck
- Niederdruck
- Herzfehler
- Herzinfarkt
- Herzschrittmacher
- Rhythmusstörungen
- Herzoperationen
- Klappenersatz
- Haben Sie einen Herzpass?

Medikamente

- Bisphosphonate
- Xarelto
- Marcumar
- ASS (Aspirin) täglich

Allergien

- Penicillin
- Astma
- Metalle: _____
- Kunststoffe: _____

Infektionskrankheiten

- HIV/ AIDS
- Hepatitis (Gelbsucht)
- Creutzfeld-Jacob
- Tuberkulose
- Wenn ja, TYP? _____

Sonstige Erkrankungen

- Nierenerkrankung
- Anfallsleiden
- Hoher Augendruck
- Diabetes

Sonstige Fragen

- Letzte Röntgenaufnahmen wann? _____
- besteht eine Schwangerschaft?
- Rauchen Sie?

Haben Sie Beschwerden?

- Zahnschmerzen
- Mundgeruch
- störende Zahnücke
- Zahnfleischbluten
- dunkle Zahnfarbe
- Kopfschmerzen
- Zahnfehlstellung

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Homepage
- Praxisschild
- Internetsuche nach: _____
- Google
- Jameda
- Empfehlung durch: _____
- Werbung: Wo? _____

Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, rechtzeitig vorher abzusagen (mindestens 24 Stunden vorher), damit wir diese an andere Patienten vergeben können.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihre Angaben und erklären sich mit der Erhebung und Verarbeitung der Patientendaten einverstanden.

Frickhausen, den _____

Unterschrift _____