

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Strasse: _____ **PLZ:** _____ **Ort:** _____

Telefon: _____ **Mobil:** _____ **Email:** _____

Arbeitgeber/Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

- Kasse (pflichtversichert) Privat
 Beihilfeberechtigt Kasse (freiwillig versichert)
 Privat (Basistarif)

Sind Patient und Versicherungsnehmer nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers (Name, Adresse, Geburtsdatum)

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Freunde / Bekannte Internet
 Telefonbuch Überweisender Arzt
 Sonstige

Allgemeine Angaben

- Raucher Schwangerschaft (wenn ja, welcher Monat) _____
 Wurden in den letzten 2 Jahren Röntgenbilder der Zähne angefertigt, wo? _____

Allgemeine Gesundheitssituation

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) Niedriger Blutdruck (Hypotonie)
 Blutgerinnungsstörungen Schlaganfall
 Diabetes Herzerkrankungen
 Schilddrüsenerkrankungen Rheumatische Erkrankungen
 Allergien Sonstige- Bitte unten angeben

Angaben zu Herzerkrankungen / Allergien / Sonstige Erkrankungen

Infektionskrankheiten

HIV

Hepatitis

Tuberkulose

Sonstige:

Nehmen Sie Medikamente ein? (wenn ja, welche:)

Herzmedikamente _____

Cortison _____

Schmerzmittel _____

Antidepressiva _____

Blutverdünnende Medikamente _____

Sonstige- bitte Angaben unterhalb!

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann somit häufig vermieden werden. Sie erklären sich einverstanden, daß wir Sie telefonisch, oder bei Angabe der eMailadresse, ggf. auch per Mail kontaktieren dürfen.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Varel, 04.09.2025

Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter