

## Herzlich willkommen in unserer Praxis

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren optimal auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Diese Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung

Name, Vorname (Patient) \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Versicherter) \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: gesetzlich ☐ privat ☐ privat Zusatzversichert ☐

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_ Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Hoher Blutdruck			Herzschwäche/Rhythmusstörung		
Niedriger Blutdruck			Hatten Sie einen Schlaganfall		
Erhöhte Blutungsneigung			Lebererkrankung/Gelbsucht		
Diabetes			Magen-Darmerkrankung		
Nierenerkrankung			Chronische Atemwegserkrankung		
Tuberkulose			Schilddrüsenerkrankung		
Krämpfe			HIV		

Besteht bei Ihnen ein Pflegegrad? Ja ☐ Stufe: \_\_\_\_\_ Nein ☐

Sorgerecht bei Minderjährigen: Mutter ☐ Vater ☐ gemeinsam ☐

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? Ja ☐ Nein ☐

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden (bis zu 24 Stunden) beeinträchtigt sein kann.

### Recall-Service

Um unseren Patienten regelmäßig Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserm sogenannten Recall-Service (Erinnerungsservice) an.

Ich wünsche ein Recall-Service ☐

ich wünsche kein Recall-Service ☐

### SMS-Service

Wir bieten unseren Patienten eine zusätzlich Terminerinnerung per SMS an.

Bitte beachten Sie, dass keine Garantie für den Erhalt der SMS besteht. Wir bitten Sie daher, Ihre Termine trotz unseres Service eigenständig im Blick zu behalten.

Ich wünsche eine SMS-Service ☐

ich wünsche kein SMS-Service ☐

### Datenschutz

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung bzw. Rechnungsstelle und Erbringung der Leistungen im Bereich Buchhaltung und Mahnwesen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei an das ZAS Zahnärztlicher Abrechnungsservice

Ich entbinde meinen Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Rechnungsstelle und die Einbindung der Leistungen im Bereich Buchhaltung und Mahnwesen erforderliche ist.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen

Unsere Praxis wird als Bestellpraxis geführt und wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.

Wir sind berechtigt, NICHT EINGEHALTENE TERMINE auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter