

Nachname, Vorname (Patientin/Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht:  m  w\*

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

Versichert über  Ehemann  Ehefrau  Vater  Mutter?

Dann bitte ergänzen: Nachname, Vorname, Geburtsdatum

**ART DER VERSICHERUNG:**

- gesetzlich versichert  
 privat versichert - **nicht** im Basistarif  
 privat versichert - **im** Basistarif  
 Beihilfeberechtigt

**\*BESTEHT ZUR ZEIT EINE SCHWANGERSCHAFT?**

- Ja  Nein

**WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?**

**WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE REGELMÄßIG EIN?**

\_\_\_\_\_

**LIEGEN HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN VOR?**

- Ja  Nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

**LIEGEN INFEKTIONS-ERKRANKUNGEN VOR?**

- Ja  Nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

**LIEGEN ALLERGIEN ODER UNVERTRÄGLICHKEITEN VOR?**

- Ja  Nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

**LIEGEN WEITERE ERKRANKUNGEN VOR?**

- Ja  Nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

**ERINNERUNGS-SERVICE (PER POST)**

Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Erinnerungs-Service (Recall) per Post für zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung an.

Möchten Sie daran teilnehmen?  Ja  Nein

**NEWSLETTER-SERVICE PER EMAIL (4x JÄHRLICH)**

Dürfen wir Ihnen unseren Newsletter mailen?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte hier Ihre Email-Adresse eintragen:

\_\_\_\_\_

**WICHTIGE INFORMATIONEN**

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen.

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG BEI MINDERJÄHRIGEN**

Bei Minderjährigen unter 18 ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Datum & Unterschrift Patient(in) / Erziehungsberechtigter