

Liebe Patientinnen und Patienten,

wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen und danken Ihnen für Ihr Vertrauen in unsere zahnärztliche Betreuung.

Um Ihre Behandlung optimal, sicher und individuell planen zu können, bitten wir Sie, **den auf der Rückseite befindlichen Anamnesebogen vollständig und sorgfältig auszufüllen**. Ihre Angaben zu Vorerkrankungen, Allergien sowie zur regelmäßigen oder aktuellen Medikamenteneinnahme sind für uns von großer Bedeutung, da konkrete und vollständige Informationen dazu beitragen, mögliche Behandlungsrisiken zu minimieren und Ihre Sicherheit zu gewährleisten.

Worüber haben Sie unsere Praxis kennengelernt?

- Persönlich bekannt Persönliche Empfehlung nach Notdienst/Praxisvertretung
 Webseite/Internet Soziale Medien (Facebook/Instagram) Print (Telefonbuch/Anzeige/Flyer)

Bitte beachten Sie: Betäubungsmittel, die im Rahmen einer Behandlung eingesetzt werden, können Ihre Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigen. Eine aktive Teilnahme am Straßenverkehr ist in diesem Fall unter Umständen nicht möglich.

Sollten Sie Fragen beim Ausfüllen haben oder unsicher sein, helfen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne weiter. Alle gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte informieren Sie uns auch umgehend über Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Medikation.

WICHTIGER HINWEIS ZUR TERMINABSAGE UND AUSFALLHONORAR:

Unsere Praxis wird als **Bestellpraxis** geführt. Das bedeutet, dass wir Ihren Behandlungstermin speziell für Sie reservieren und diese Zeit nicht anderweitig vergeben.

Falls Sie einen vereinbarten Termin einmal nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, uns **möglichst spätestens 24 Stunden vorher** zu informieren. So haben wir die Möglichkeit, den Termin neu zu vergeben.

Erfolgt keine oder keine rechtzeitige Absage und der Termin kann nicht anderweitig vergeben werden, **behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar gemäß § 615 BGB in Rechnung zu stellen**. Bei wiederholtem Nichterscheinen ohne rechtzeitige Absage können wir aus organisatorischen Gründen künftig **keine festen Termine** mehr vergeben. Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung bei einer fairen Terminplanung.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diesen Hinweis zur Kenntnis genommen haben und anerkennen.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen durch d. gesetzl. Vertreter)

Bitte wenden und zweite Seite ausfüllen!

Name	Vorname	Geburtsdatum
PLZ/Wohnort	Straße	
Telefon/Handy	E-Mail	

Meine Krankenversicherung: _____ selbst versichert über:

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Beihilfe

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an ...

Herz (Herzklappen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Gelenken (Rheuma)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Leber	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Nieren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Lunge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____

Haben oder hatten Sie jemals ...

Hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Fallsucht (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Niedrigen Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Grüner Star	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Immunschwäche (HIV)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Zucker (Diabetes)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Gelbsucht (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	_____	
Andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	_____	
Leiden Sie an Allergien?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	An welchen?	_____	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche:	_____	
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	In welchem Monat?	_____	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle auftretenden Änderungen zu informieren. 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 bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle genannten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen durch d. gesetzl. Vertreter)