



Patientenneuaufnahme

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Krankenkasse/
Privatversicherung _____
Arbeitgeber _____

Wohnsitz bitte vollständig ausfüllen:

Strasse: _____
Land + PLZ _____
Wohnort _____
Telefon privat _____
Telefon geschäftlich _____
Handy _____
E-Mail-Adresse _____

Bei Familienversicherten

Vor- und Nachname Versicherter (Ehepartner/ Elternteil) _____
Geburtsdatum Versicherter _____
ggf. abweichende Anschrift _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?



Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um folgende Angaben, die natürlich vertraulich behandelt werden.

Bitte kreuzen Sie an

- | | JA | NEIN |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt? _____ | | |
| 2. Besitzen Sie einen Röntgenpass und/oder einen Allergiepass? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Sind Sie derzeit in allgemeinärztlicher, fachärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja bei welchem Arzt? _____ | | |
| Anschrift _____ | | |
| 4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja welche? _____ | | |
| 5. Nehmen Sie Blutverdünner? (ASS, Marcumar, Aspirin) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Wurden Sie mit Bisphosphonaten behandelt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| (Actonel, Alendron) | | |

Leiden oder litten Sie an:

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Herzerkrankungen/ -fehler | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Kreislauferkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Lungenerkrankungen (Asthma, COPD) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Stoffwechselerkrankungen (Diabetes) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC, Gelbsucht) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Allergien (Penicillin, Jod, Latex, Metalle, Kunststoffe) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Bluterkrankungen (Blutgerinnungsstörung) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJD, nvCJD, sCJD) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. MRSA (Methicillin resistenter Staphylococcus aureus) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Osteoporose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Sonstige Erkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Bei Frauen: Sind Sie schwanger? JA NEIN

Wenn ja in welchem Monat? _____

Bitte weiter auf 3. Seite



Dentalzentrum Lörrach

Zahnarztpraxis Dr. Niko Wierzbitzki & Volker Willen

... einfach bessere Zähne

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte mindestens **48 Stunden** vorher ab. Sollten Sie Ihre Termine **unentschuldig** versäumen oder **ohne triftigen Grund** sehr kurzfristig absagen, sind wir vom Gesetzgeber her berechtigt, Ihnen ein **Ausfallhonorar von 300,- Euro je angefangene Stunde** zu berechnen.

Ich versichere, dass meine Angaben richtig und vollständig sind. Änderungen meines Gesundheitszustandes werde ich sofort dem behandelnden Zahnarzt mitteilen. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach Verabreichung von zahnärztlichen Injektionen meine Reaktionsfähigkeit (Fahrtüchtigkeit) eingeschränkt sein kann. Ich habe ebenso das Ausfallhonorar zur Kenntnis genommen.

Lörrach, den

.....

(Unterschrift des Patienten)

Recall

Möchten Sie von uns für die Kontrolluntersuchungen erinnert werden? Dieser Erinnerungsdienst ist freiwillig und kann jeder Zeit widerrufen werden.

Ja, gerne

Nein, lieber nicht

Lörrach, den.....

.....

(Unterschrift des Patienten)