



**Liebe Patientin, lieber Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis.**

Wir bitten Sie uns zunächst einige Informationen für unsere Administration zu geben. Wenn Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, geben Sie diese bitte am Empfang ab.

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> selbst versichert	<input type="checkbox"/> Versicherter:	(Name /Geb.-Datum)
Wohnort	Straße / Hausnr.	Telefon, privat
Telefon, dienstlich	Mobiltelefon	e-mail
Krankenkasse	Arbeitgeber	Beruf
Zahnzusatzversicherung	Hausarzt	empfohlen durch

**Bitte helfen Sie uns ... ,**

wir möchten Ihnen bei der Behandlung gerne die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen. Dafür ist es wichtig, dass Sie uns die folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

**Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an:**

- Herz oder Kreislauf  ja  nein
- Lunge  ja  nein
- Blut  ja  nein
- Leber  ja  nein
- Nieren  ja  nein
- Schilddrüse  ja  nein
- Magen-Darm-Trakt  ja  nein
- Gelenke (Rheuma)  ja  nein

Wann und wo wurden Sie zuletzt im Kopfbereich geröntgt?

- Sind Sie Raucher ?  ja  nein
- Sind Sie z.Zt. schwanger ?  ja  nein
- In welchem Monat ? \_\_\_\_\_
- Sind Sie z.Zt. in ärztl. Behdlg.?  ja  nein

Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

Wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie ...**

- Hohen Blutdruck  ja  nein
- Allergien  ja  nein
- Zucker (Diabetes)  ja  nein
- Fallsucht (Epilepsie)  ja  nein
- Gelbsucht (Hepatitis)  ja  nein
- Grünen Star  ja  nein

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein
- Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_
- Neigen Sie zu Blutungen ?  ja  nein
- Sind Sie HIV positiv ?  ja  nein
- Leiden Sie unter anderen Erkrankungen?  ja  nein

- Zahnfleischbluten  ja  nein
- Häufige Kopfschmerzen  ja  nein
- Eingliederungsbeihilfe  ja  nein
- Pflegegrad Nr.: \_\_\_\_\_

- Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_
- Gesetzlicher Betreuer?  ja  nein
- Name: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Wünschen Sie von uns, z. B. per Email oder SMS ...**

- regelmäßig an Ihre kostenfreie Vorsorgeuntersuchung erinnert zu werden (Recall)?  ja  nein
- über unser intensives Vorbeugeprogramm informiert zu werden ?  ja  nein
- über modernere Behandlungen u. aktuelle Praxisaktionen informiert zu werden, auch wenn dies keine „Kassenleistungen“ sein sollten ?  ja  nein

**Bitte beschreiben Sie genau den Grund Ihres Besuches in unserer Praxis:**

- Haben oder hatten Sie Schmerzen?
- Wann und wo treten diese Schmerzen auf?
- Welche Vorbehandlungen sind wann durchgeführt worden?
- Welche Hinweise können Sie uns sonst noch geben?

Datum

Unterschrift

Liebe Patientin, Lieber Patient, wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten - natürlich gemäß aller gültigen Datenschutzbestimmungen - in unserer EDV verwalten werden. Die dadurch gesparte Zeit kommt Ihnen persönlich zugute. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht, an die das gesamte Praxisteam sowie die Firma BFS health care - unser Abrechnungsbüro - streng gebunden sind. Darüber hinaus bitten wir Sie, sollte es einmal erforderlich sein, vereinbarte Termine unbedingt 24 Std. vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherungen nach GOZ privat in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte auch, dass wir bemüht sind, Patienten die uns mit Schmerzen aufsuchen in das Bestellsystem einzubinden. Dadurch kann es leider manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

**Vielen Dank für Ihre Mühe!**