

Patient

Nachname	Vorname	Geburtsdatum/ Ort
----------	---------	-------------------

Mitglied/ Versicherter

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
----------	---------	--------------

Strasse	PLZ, Ort
---------	----------

Telefon tagsüber	Mobiltelefon	Email-Adresse
------------------	--------------	---------------

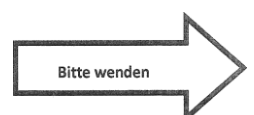
Wie sind Sie versichert?

Gesetzlich	Privat	Beihilfe
Gesetzlich mit Zusatzversicherung	Basis/Standardtarif	

Fragen zur Person

Leiden Sie bzw. liegen folgende Erkrankungen vor:

Herzerkrankungen?	ja	nein	
Tragen Sie Herzschrittmacher?	ja	nein	_____
Asthma/Lungenerkrankungen?	ja	nein	_____
Leber- oder Nierenerkrankungen?	ja	nein	_____
Sind Infektionskrankheiten bekannt? (HIV ; Hepatitis; TBC)	ja	nein	_____
Diabetes oder Stoffwechselerkrankungen?	ja	nein	_____
Epilepsie?	ja	nein	_____
Rheuma?	ja	nein	_____
Sind Blutgerinnungsstörungen bekannt?	ja	nein	_____
Nehmen Sie regelmäßig ASS, Marcumar Plavix?	ja	nein	_____
Leiden Sie unter Allergien?	ja	nein	_____



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

ja

nein

Für weibliche Patienten:

Besteht eine Schwangerschaft?

ja

nein

Sonstige Dinge, die wichtig sind:

Welches Besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Freunde/Bekannte

Internet

Telefonbuch

Schule/Kindergarten

Zeitung

Sonstiges

Sind Sie an einer halbjährlichen schriftlichen Benachrichtigung an Ihren nächsten

ja

nein

Vorsorge- Termin (Recall) interessiert?

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen.

Wir nehmen uns für Sie zur Untersuchung sehr viel Zeit. Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können rechtzeitig, mindestens jedoch 24 Stunden vorher abzusagen.

Wir möchten darauf hinweisen, dass Termine die nicht eingehalten werden von uns in Rechnung gestellt werden.

Alle Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt. Alle Daten werden gemäß Datenschutz verarbeitet.

Ort, Datum

Unterschrift