

Krankenkasse

Name, Vorname des Patient, Anschrift

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Vertragszahnarzt-Nr.

VK gültig bis

Datum

Bitte die obere Box nicht ausfüllen! Diese wird automatisch bei Anmeldung in der Praxis mithilfe Ihrer Gesundheitskarte für Sie ausgefüllt!

Patientenerhebungsbogen



Gemeinschaftspraxis
Dres. Hoffmann · Dr. Schulz
Zahnheilkunde · Kieferorthopädie

Patientennr.: _____
(Füllt Praxis aus)

Falls Patient und Hauptversicherter nicht dieselbe Person,
bitte folgende Angaben machen:

Telefon

Hausarzt (Anschrift)

Hausarzt (Telefon)

Arbeitgeber

Vor- und Nachname des Versicherten

Geburtsdatum des Versicherten

Anschrift des Versicherten

Gesundheitssituation

Herz- / Kreislaufkrankungen

Bluthochdruck	ja	nein
Herzklappenfehler	ja	nein
Herzklappenersatz	ja	nein
Herzschrittmacher	ja	nein
Endokarditis	ja	nein
Herzoperation	ja	nein

Infektiöse Erkrankungen

AIDS	ja	nein
Hepatitis	ja	nein
Tuberkulose	ja	nein

Allergien / Unverträglichkeiten

Spritzen	ja	nein
Antibiotika	ja	nein
Schmerzmittel	ja	nein

Metalle: _____

Anfallsleiden (Epilepsie):	ja	nein
Asthma / Lungenerkrankungen:	ja	nein
Blutgerinnungsstörungen:	ja	nein
Diabetes / Zuckerkrankheit:	ja	nein
Drogenabhängigkeit:	ja	nein
Nierenerkrankungen:	ja	nein
Ohnmacht:	ja	nein
Sonstige Erkrankungen:	ja	nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Wenn ja, welcher Monat? _____

Existieren von Ihnen Röntgenaufnahmen? ja nein Wenn ja, von wann? _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? ja nein _____ Seit wann? _____

Wichtige Informationen

Ich verpflichte mich alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vorher abzusagen. Nicht regelmäßig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden. Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Ort und Datum

Unterschrift Patient