

HERZLICH WILLKOMMEN!

NAME: _____	VORNAME: _____	GEB.: _____
Straße/PLZ/Wohnort: _____		
Telefon privat: _____	Telefon geschäftlich: _____	
Name des Mitglieds: _____	GEB.: _____	
Beruf des Mitglieds: _____		
Arbeitgeber: _____		
Krankenkasse: _____		
Empfohlen durch: _____		
Bei Privatpatienten Rechnung an: _____		

Ich bitte Sie, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß zu erteilen. Sie sind sowohl für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit als auch für eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

	JA	NEIN		JA	NEIN
Herzerkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie zu hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen/Hepatitis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie einen Herzschrittmacher?__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lähmungen/Schlaganfall _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen/TBC _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden/Epilepsie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ungewiß _____ Monat: _____		
Haben Sie Allergien? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wenn ja, welche? _____					
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wenn ja, welche? _____					
Sonstige Erkrankungen? _____					

HINWEIS:

Bei Eingliederung von Zahnersatz kann die Hälfte der veranschlagten Kosten zu Beginn der Behandlung, der Rest nach Abschluß abgerechnet werden oder es müssen abweichende Vereinbarungen getroffen werden.

Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Wir sind daher bemüht, die Wartezeiten so kurz wie möglich zu halten. Um zeitgerecht planen zu können, bitten wir Sie, vereinbarte Termine spätestens 24 Std. vorher abzusagen.

Datum _____ Unterschrift _____