



Liebe Patientin, lieber Patient,

für die Behandlung beim Zahnarzt können eventuell vorhandene oder durchgemachte Erkrankungen von Bedeutung sein. Bitte beantworten Sie deshalb zu Ihrer eigenen Sicherheit folgende Fragen.

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert – nicht im Standardtarif oder Erweiterten Standardtarif (Basistarif-Bedingungen)
- Beihilfeberechtigt
- Privat versichert – im Erweiterten Standardtarif (Basistarif-Bedingungen)
- Privat versichert – im Standardtarif

	P A T I E N T	H A U P T V E R S I C H E R T E R
<b>Name:</b>		
<b>Vorname:</b>		
<b>Geboren am:</b>		
<b>Straße:</b>		
<b>Ort:</b>		
<b>Krankenkasse   Versicherung:</b>		
<b>Arbeitgeber:</b>		
<b>Beruf:</b>		
<b>Telefon privat:</b>		
<b>Telefon beruflich:</b>		
<b>E-Mail:</b>		

- Wurden Sie von Ihrem Hauszahnarzt überwiesen?    ja    nein
- Wenn nein, unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von:
- Name und Anschrift Ihres Hauszahnarztes:

**Für überwiesene Patienten:**

Nach Abschluss der vereinbarten Behandlung mit Ihrem Hausarzt findet keine weitere Behandlung in der Praxis Dr. Bergmann statt. Hiermit vereinbaren wir mit Ihnen, sich zur Weiterbehandlung bei Ihrem Hauszahnarzt vorzustellen.

Unterschrift der Patientin/des Patienten: .....

Unterschrift Arzt: .....



Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?

<b>Asthma</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Allergien</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?
<b>Blutdruck</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> hoch
	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Lähmungen	Ggf. Werte: Ggf. wann?
	<input type="checkbox"/> Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	Ggf. wann?
<b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Herzkrankheiten</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?
<b>Rheuma</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Schwangerschaft</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche Woche?
<b>Infektionskrankheiten</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?
(Hepatitis   AIDS etc.)			
Wurde ein HIV-Test durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Nehmen Sie laufend Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?

Sind Sie an Aufklärung über Zahnpflege interessiert?  ja  nein

Um bei Ihrer Krankenkasse bonusberechtigter zu sein, ist es erforderlich, sich mind. 1x jährlich zahnärztlich untersuchen zu lassen.

Wenn Sie von Ihrem Hauszahnarzt nicht überwiesen wurden, sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie zu diesem Termin persönlich anschreiben?  ja  nein

Sind Sie an hochwertiger, innovativer Zahnheilkunde interessiert? (z. B.: Keramikversorgung, Implantate)  ja  nein

Haben Sie ein Bonusheft?  ja  nein

Grund Ihres Besuches? Besondere Wünsche und Erwartungen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum:

Unterschrift:

Ich erkläre mich einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten für Post- und E-Mail-Versand gespeichert und genutzt werden dürfen. (Bitte ankreuzen, falls die Einwilligung erteilt wird.)

Datum:

Unterschrift: