

Liebe Patientin, lieber Patient,

für Ihre Behandlung können eventuell vorhandene oder zurückliegende Erkrankungen von Bedeutung sein. Bitte beantworten Sie deshalb zu Ihrer eigenen Sicherheit folgende Fragen.

	PATIENT	HAUPTVERSICHERTER
Name:		
Vorname:		
Geboren am:		
Straße:		
PLZ   Ort:		
Krankenkasse Versicherung		
Arbeitgeber:		
Beruf:		
Telefon privat:		
Telefon mobil:		
Telefon beruflich:		
E-Mail:		

Dr. Fred Bergmann  
 Dr. Axel Wunder  
 Dr. Eva Endlweber  
 Dr. Monika Bottelberger  
 Dr. Christina Haupt  
 und Kollegen



Dr. Fred Bergmann



- Gesetzlich versichert   
  Privat versichert   
  Selbstzahler  
 Wurden Sie von Ihrer/Ihrem Hauszahnärztin/Hauszahnarzt überwiesen?   
  Ja     Nein

Wenn nein, unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift Ihrer/Ihres Hauszahnärztin/Hauszahnarztes:

\_\_\_\_\_

**Nur für überwiesene Patienten:**

Nach Abschluss der mit Ihrer/m Hausärztin/Hauszahnarztvereinbarten Behandlung findet keine weitere Behandlung in der Praxis Dr. Bergmann & Kollegen statt. Hiermit vereinbaren wir mit Ihnen, sich zur Weiterbehandlung bei Ihrer/m Hausärztin/Hauszahnarzt vorzustellen.

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Patient/Patientin

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Zahnarzt/Zahnärztin





Dr. med. dent.

**Bergmann & Kollegen**

Zentrum für Zahngesundheit Viernheim MVZ

## ALLGEMEINE ERKRANKUNGEN

	ja	nein	
Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detaillierte Infos:
Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Blutdruck  normal  niedrig  hoch Ggf. Werte: \_\_\_\_\_

## INFEKTIONSKRANKHEITEN (Diese Information ermöglicht uns eine optimale Behandlungsvorbereitung für Sie\*)

	ja	nein	
Hepatitis A, B, C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Form:
AIDS/HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krankenhauskeim (MRSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche:
Nehmen Sie regelmäßig <b>Medikamente</b> ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche?	_____		

Bisphosphonate/Osteoporose

Blutverdünner (z.B. Marcumar®, ASS, Eliquis®, Pradaxa®, Xarelto®, Plavix®, Heparin®)

	ja	nein	
Besteht eine Penicillinallergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie viel pro Tag:
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Woche:

Wenn Sie von Ihrem Hausarzt nicht überwiesen wurden, sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie zu Ihrem regelmäßigen Kontrolltermin persönlich per E-Mail anschreiben?  ja  nein

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_