

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in unserer
Praxis. Wir bitten Sie, uns einige In-
formationen für unsere Verwaltung
zu geben. Sollten Sie Röntgenbilder
mitgebracht haben, so geben Sie
diese bitte am Empfang ab.

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Wohnort
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Beruf

☐ selbst versichert ☐ versichert mit: ☐ Ehemann ☐ Ehefrau ☐ Vater ☐ Mutter

Name	Vorname	Geburtsdatum
Krankenkasse	Arbeitgeber	

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

☐ Nein ☐ Ja:

Bitte helfen Sie uns,

damit wir Ihnen bei der Behandlung
die bestmögliche medizinische
Betreuung zukommen lassen kön-
nen. Um gesundheitliche Risiken zu
vermeiden ist es wichtig, dass Sie
alle folgenden Fragen gewissenhaft
beantworten.

Vielen Dank!

Haben oder hatten Sie jemals ...

Hohen Blutdruck	☐ Ja	☐ Nein
Zucker (Diabetes)	☐ Ja	☐ Nein
Fallsucht (Epilepsie)	☐ Ja	☐ Nein
Gelbsucht (Hepatitis)	☐ Ja	☐ Nein
Grünen Star	☐ Ja	☐ Nein
Zahnfleischbluten	☐ Ja	☐ Nein
Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“?	☐ Ja	☐ Nein
Neigen Sie zu Blutungen?	☐ Ja	☐ Nein
Sind Sie HIV positiv?	☐ Ja	☐ Nein

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an ...

Herz oder Kreislauf	☐ Ja	☐ Nein
Lunge	☐ Ja	☐ Nein
Blut	☐ Ja	☐ Nein
Leber	☐ Ja	☐ Nein
Nieren	☐ Ja	☐ Nein
Schilddrüse	☐ Ja	☐ Nein
Magen-Darm-Trakt	☐ Ja	☐ Nein
Gelenken (Rheuma)	☐ Ja	☐ Nein
Rauchen Sie?	☐ Ja	☐ Nein

Wurden Sie zuletzt im Kopfbereich (z. B. Zähne, Nebenhöhlen, Hals, Nase oder Ohren) geröntgt?
Wenn ja, wann? Bei welchem Arzt oder in welchem Krankenhaus?

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wo?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb?

Haben oder hatten Sie jemals Allergien? Wenn ja, welche?

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?

Wie sind Sie auf unsere Praxis
aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung meines Arztes:

☐ Empfehlung von Bekannten:

☐ Internet

☐ Sonstiges:

Möchten Sie an Ihren nächsten Kontrolltermin erinnert werden?

☐ Ja ☐ Nein

Möchten Sie über unser Mundgesundheitsprogramm informiert werden?

☐ Ja ☐ Nein

Möchten Sie von uns über neue und bessere zahnmedizinische Behand-
lungsmethoden informiert werden, auch wenn diese Leistungen von der
Krankenkasse nicht oder nur zum Teil übernommen werden?

☐ Ja ☐ Nein

Das Folgende gilt nur für Privatpatienten oder Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung:
Die für Sie erbrachten Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei unterscheidet der behandelnde Zahnarzt anhand des
Umfanges und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem Einfachen bis Dreieinhalbfa-
chen des Gebührensatzes abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der schriftlichen Vereinbarung.

Datum

Unterschrift

► Bitte beachten und unterschreiben Sie auch die Informationen auf der Rückseite!

Einwilligungserklärung:

Im Rahmen meiner Behandlung werden Daten über meine Person und meine medizinischen Daten erhoben, verarbeitet und genutzt und können unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (Krankenkassen, mitbehandelnde Zahnärzte, andere Einrichtungen des Gesundheitswesens oder medizinische Dienstleister) übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Gemeinschaftspraxis Dres. Hesse & Dr. Guthardt

- sich zur Verarbeitung meiner elektronisch gespeicherten Daten teilweise externer Dienstleister (z. B. Rechenzentren, Softwarehäuser, Softwarespezialisten) bedient, um einen ordnungsgemäßen Betrieb von informationstechnischen Systemen zu gewährleisten.
- die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hauszahnarzt oder Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hauszahnarzt oder Hausarzt.
- die bei meinem Hauszahnarzt oder Hausarzt oder sonstigem Behandler vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Gemeinschaftspraxis Dres. Hesse & Dr. Guthardt widerrufen.

Datum

Unterschrift

(Bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)