

**Liebe Patientin, lieber Patient,  
herzlich Willkommen in unserer Praxis.**

Bevor wir mit einer Beratung oder Behandlung beginnen können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

**Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**



**Ihr Zahnarzt Markus Opitz**

**Patient:**

Name, Vorname:

Geburtsdatum

Anschrift: Straße, Nr.

PLZ, Ort

**Mitglied d. Versicherung/ Zahlungspflichtiger:**

Name, Vorname:

Geburtsdatum

Anschrift: Straße, Nr.

PLZ, Ort

**Krankenkasse/Versicherung/ Beihilfe/Basistarif oder Zusatzversicherung?**

- Privat versichert     gesetzlich versichert     Beihilfeberechtigt     Basistarifversichert  
 Zusatzversicherung     Sonstiges \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Beruf**

\_\_\_\_\_  
**Tel./ Handynummer**

\_\_\_\_\_  
**Ihre E-Mail Adresse:**

**Für Privatpatienten:**

Unsere Abrechnung der Leistungen erfolgt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), unabhängig davon, welchen Tarif Sie mit Ihrer Versicherung/Beihilfestelle abgeschlossen haben.

**Sollten Sie in einem Basistarif versichert sein, so sind Sie verpflichtet dies vor  
Behandlungsbeginn anzugeben.**

Wir sind immer bemüht, Ihnen Wartezeiten zu ersparen. Denn Ihre Zeit ist uns kostbar! Deshalb bitten wir Sie, **vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen**, falls Sie verhindert sind. **Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine** sowohl Privatversicherten, als auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) **in Rechnung zu stellen.**

Datum: \_\_\_\_\_

Name/Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte wenden**

<p><b>Ärztliche Behandlung:</b> Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja ( ) nein ( ) Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____</p> <p><b>Medikamente:</b> Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____ _____</p>	<p><b>Allergien und Pflegegrad:</b> Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Allergie/ Unverträglichkeit? _____</p> <p>Besitzen Sie einen Allergiepass? ja ( ) nein ( )</p> <p>Ist ein <b>Pflegegrad</b> anerkannt? ja ( ) nein ( )</p> <p>Wenn "Ja", welcher: _____</p>
--	--

<p><b>Herz-/ Kreislaufferkrankungen:</b> Zu hoher Blutdruck? ( ) ja ( ) nein Zustand nach Herzinfarkt? ( ) ja ( ) nein <b>Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? ( ) ja ( ) nein</b> <b>Wenn ja, welche:</b> _____</p>	<p>Herzschwäche (Insuffizienz) ? ( ) ja ( ) nein</p> <p>Angina pectoris ? ( ) ja ( ) nein</p> <p>Herzschrittmacher, Herzklappenersatz ( ) ja ( ) nein</p> <p><b>Ist ein Herzpass vorhanden ? ( ) Ja ( ) Nein</b></p>
--	--

<p><b>Allgemeine Angaben/ Erkrankungen:</b> Zuckerkrankheit (Diabetes)? ( ) ja ( ) nein</p> <p>Schilddrüsenerkrankungen? ( ) ja ( ) nein Sonstiges? inbes.Krebs? ( ) ja ( ) nein Was? _____</p> <p>Bestehen Suchterkrankungen? ( ) ja ( ) nein Rauchen Sie? ( ) ja ( ) nein</p> <p><b>Röntgen:</b> Wurden Sie im letzten Jahr im Zahnbereich geröntgt? ( ) ja ( ) nein Wenn ja, bei wem, wann? _____</p> <p><b>Besteht eine Schwangerschaft?</b> Wenn ja, in welchem Monat? _____</p>	<p><b>Bluterkrankungen:</b> Blutungsneigung (Hämophilie)? ( ) ja ( ) nein Blutarmut? ( ) ja ( ) nein Sonstiges? _____</p> <p><b>Infektionskrankheiten:</b> Hepatitis? ( ) Ja (A/B/C) ( ) Nein</p> <p>Tuberkulose(TBC) ? ( ) ja ( ) nein</p> <p>HIV ( ) ja ( ) nein</p> <p><b>Atmung/ Lunge:</b> Bestehen Lungenerkrankungen? ( ) ja ( ) nein Asthma bronchiale? ( ) ja ( ) nein</p> <p>Art der Lungenerkrankung _____</p>
---	---

Wie oder durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert? ja nein  
Möchten Sie an zukünftige Vorsorgetermine erinnert werden (Email/Postkarte) ja nein

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.**

Datum: \_\_\_\_\_ Name/ Unterschrift: \_\_\_\_\_