

Liebe Patienten,

wir freuen uns, dass Sie den Weg in unsere Praxis gefunden haben und heißen Sie nochmals herzlich willkommen. Für eine statistische Auswertung würde es uns interessieren, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind. Deshalb möchten wir Sie bitten, uns diesen Fragebogen auszufüllen.

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch \_\_\_\_\_
- Gelbe Seiten/Telefonbuch
- Webseite/Internet →  direkt gewählt
  - Google \_\_\_\_\_ (Suchbegriff)
  - anderer Weg \_\_\_\_\_
  - Facebook
- Anzeige (in folgender Zeitung) \_\_\_\_\_
- Flyer (ausgelegt bei) \_\_\_\_\_
- Praxisschild
- Notdienst
- Praxisvertretung für \_\_\_\_\_

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, den Anamnesebogen (Rückseite) vollständig auszufüllen, bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gerne. **Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Änderungen bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen.** Danke!

### Wichtig:

Bitte bedenken Sie bei jeder Behandlung, dass Betäubungsmittel die Teilnahme am Straßenverkehr beeinflussen können!

**Wir sind eine Bestellpraxis!** Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 24 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. **Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben.** Ausfallzeiten können nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden. Blatt bitte wenden und Unterschrift nicht vergessen!

→ bitte wenden

Name	Vorname	Geburtsdatum
PLZ/Wohnort	Straße	
Telefon/Handy	E-Mail	

**Meine Krankenversicherung:** \_\_\_\_\_  selbst  versichert über:

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Beihilfe

**Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an ...**

Herz (Herzklappen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Gelenken (Rheuma)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Leber	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Nieren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Lunge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____

**Haben oder hatten Sie jemals ...**

Hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Fallsucht (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Niedrigen Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Grüner Star	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Immunschwäche (HIV)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Zucker (Diabetes)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Gelbsucht (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	_____	
Andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	_____	
Leiden Sie an Allergien?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	An welchen?	_____	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche:	_____	
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	In welchem Monat?	_____	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle auftretenden Änderungen zu informieren. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle genannten Informationen gelesen und verstanden habe.