

ZAHNARZT RHEINGAU

Dr. Christina Hagen & Dr. Nadja Hermes - Eltviller Landstraße 23 – 65346 Eltville / Erbach

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____
Strasse: _____ PLZ/ Ort: _____
Telefon: _____ Tel. tagsüber: _____
Krankenkasse: _____ Zahnzusatzversicherung Beihilfe
Beruf: _____ Geburtsort: _____
Wie/ durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam: _____

Versichertendaten (sofern von Patientendaten abweichend)

Versicherter (Name, Vorname): _____ geb.: _____
Strasse: _____ PLZ/ Ort: _____
Arbeitgeber: _____ Rechnung an: Patienten oder Versicherten

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen und von uns streng vertraulich behandelt werden. Die `Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten´ sind in der Praxis einsehbar.

Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit.

Gesundheitszustand

Hausarzt: _____

Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

- ja nein Asthma
 ja nein Allergien, Unverträglichkeiten von Medikamenten/Spritzen: _____
 ja nein Herzerkrankungen (z.B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher, Herzklappenentzündung)
 ja nein Diabetes (Zuckerkrankheit)
 ja nein Gelbsucht, Leberkrankheiten, Hepatitis
 ja nein Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen, Medikamente zur Blutverdünnung (ASS, Marcumar, Xarelto, Pradaxa,...)
 ja nein Ohnmachts- oder Krampfanfälle, Schlaganfall
 ja nein Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Tuberkulose, Hepatitis Typ _____)
 ja nein Tumor, Karzinom, Krebs Therapie mit Bisphosphonaten ja nein
 ja nein Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

Bestehen zur Zeit andere Erkrankungen? Welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche? _____

Möchten Sie von uns per Postkarte an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein
Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann. (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Wünschen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein
Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Beratungswunsch zu: Professioneller Zahnreinigung Schöne Zähne Unsichtbarer Zahnersatz Zahnerhalt
 Behandlung von Zahnfleischbluten Zähneknirschen Weiße Zähne (Bleaching) Mundgeruch
 Behandlung von Angstpatienten Implantate _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.

Datum _____ Unterschrift _____