Praxis am Wolfsgraben
Dr. Daniel Dietrich
Dr. Ivonne Seiling-Dietrich

Neu in Behandlung tretende Patienten bitten wir um folgende Angaben (bitte in Druckschrift)

Patient:

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum/-ort _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Tel. _____ mobil _____

E-Mail _____

Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter
(nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient" angegeben):

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum/-ort _____

Beruf:

Arbeitgeber _____

Tel. geschäftlich _____

Krankenkasse:

_____

☐ gesetzliche Versicherung
- ☐ freiwillig versichert
- ☐ Zusatzversicherung
- ☐ Kostenerstattung

☐ private Versicherung
- ☐ Vollversicherung
- ☐ beihilfeberechtigt
- ☐ Basistarif

Für Ihre Behandlung benötigen wir folgende Angaben:

Leiden Sie an:	**ja**	**nein**	**welche**
Herz-, Kreislauf-beschwerden	☐	☐	_____
Diabetes mellitus	☐	☐	_____
Schilddrüsen-erkrankungen	☐	☐	_____
Lebererkrankungen	☐	☐	_____
Bluterkrankungen	☐	☐	_____
entzündlichen/ übertragbaren Krankheiten (Tbc, HIV-Infektion, Hepatitis, Creutzfeld-Jakob-Krankheiten)	☐	☐	_____
Erkrankungen des Nervensystems	☐	☐	_____
Allergien	☐	☐	_____
sonst. Erkrankungen	☐	☐	_____
Sind Sie:			
Raucher?	☐	☐	

	ja	**nein**	**welche**
Nehmen Sie Medikamente ein?	☐	☐	_____
Erhalten /erhielten Sie Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose (sog. Biphosphonate)?	☐	☐	_____
Nehmen Sie Blutverdünnende Medikamente!	☐	☐	_____
Haben bei Ihnen Medikamente nicht gewirkt (z.B. Antibiotika)?	☐	☐	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	☐	☐	
Befanden Sie sich im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung?	☐	☐	
Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt?			_____
Wie alt ist ggf. vorhandener Zahnersatz?			_____
Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?			_____
Besitzen Sie einen Röntgennachweisheft?	☐	☐	
Wünschen Sie eine Zahnaufhellung?	☐	☐	

Für nicht wahrgenommene Termine ihrerseits, stellen wir unter Umständen die angefallene Zeit in Rechnung. Wir bitten um Verständnis.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

_____ _____

Datum Unterschrift Patient/ Versicherter/ Zahlungspflichtiger/ gesetzlicher Vertreter

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB