



Nachname & Vorname (Patient)

Geburtstag

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Handynummer

Krankenkasse o. Versicherung

Hausarzt

Bankinstitut, Kontonummer, BLZ

Allgemeine Angaben:

(Patientinnen) Schwangerschaft

nein ja

wenn nein, Daten der letzten Röntgenaufnahme

Röntgenpass vorhanden?

nein ja

Empfohlen durch

nein ja

Erkrankungen:

Herz- oder Kreislauferkrankungen

nein ja

wenn ja, welche?

Herzschrittmacher

nein ja

Bluthochdruck

nein ja

Blutgerinnungsstörung

nein ja

Infektionskrankheit

nein ja

Allergie/Unverträglichkeit

nein ja

Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes)

nein ja

Immundefekt (z.B. AIDS)

nein ja

Sonstige Erkrankungen

nein ja

Medikamente

nein ja

Besondere Patientenwünsche:

Professionelle Zahnreinigung

nein ja

Zahnaufhellung/Bleaching

nein ja

Benachrichtigung/Recallsystem erwünscht nein ja

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich werde Sie umgehend über auftretende Änderungen informieren.

Wir bitten Sie mindestens 24 Std. vorher bei Nichteinhalten Ihres Termines uns zu benachrichtigen, da wir Ihnen sonst eine Privatliquidation zukommen lassen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter