



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