

Patienten - Stammdatenblatt

Patient - Name:	Vorname:	geb:
------------------------	-----------------	-------------

Versicherter (falls nicht Pat.)Name:	Vorname:	geb:
---	-----------------	-------------

Anschrift:			
Telefon:	Fax:	email:	mobil:

Bitte benachrichtigen Sie mich, wenn die nächste Untersuchung/Behandlung notwendig ist!			
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Ich wünsche die Benachrichtigung (Recall) per Brief <input type="checkbox"/> per email (Adresse s.o.) <input type="checkbox"/> per SMS <input type="checkbox"/>			

Krankenkasse/-versicherung: ich bin freiwillig versichert: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
--

Beruf:	Tel.(Arbeit):	Arbeitgeber:
---------------	----------------------	---------------------

Hausarzt:

<u>Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?</u>			
Empfehlung durch <input type="checkbox"/> :			
Telefon-/Branchenbuch <input type="checkbox"/>	Notdienst/Vertretung <input type="checkbox"/>	Internet <input type="checkbox"/>	Sonstiges <input type="checkbox"/> :

<u>Grund Ihres Praxisbesuches:</u>			
Untersuchung/Kontrolle <input type="checkbox"/>	Schmerz <input type="checkbox"/>	Füllung(en) <input type="checkbox"/>	Zahnersatz <input type="checkbox"/>
Sanierung <input type="checkbox"/>	Reparatur <input type="checkbox"/>	Zahnfleischbeschwerden <input type="checkbox"/>	Implantate <input type="checkbox"/>
Sonstiges <input type="checkbox"/> :	Prophylaxe (Vorsorgeprogramm) <input type="checkbox"/>		

Tragen Sie Zahnersatz? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ggf. Alter des Zahnersatzes ca.:	Jahre
---	---	--------------

<u>Wünschen Sie eine spezielle Beratung über</u>			
Füllungstherapie <input type="checkbox"/>	Parodontalbehandlung <input type="checkbox"/>	professionelle Prophylaxe <input type="checkbox"/>	Speicheltests <input type="checkbox"/>
Implantate <input type="checkbox"/>	Zahnersatz <input type="checkbox"/>	Kinderzahnheilkunde <input type="checkbox"/>	Schwangerschaft <input type="checkbox"/>
Dental Bleaching (Aufhellen der Zähne) <input type="checkbox"/>	Schmelzdekors <input type="checkbox"/>	Sonstiges <input type="checkbox"/> :	Zahnkosmetik <input type="checkbox"/>

Anamneseblatt

Bitte kreuzen Sie derzeitige, auch frühere Erkrankungen, Beschwerden, erkrankte Organe bzw. Vorbehandlungen an:

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>
Blutarmut(Anämie)	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung/Hämophilie	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>
Bronchitis	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Zucker(Diabetes)	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	Leber	<input type="checkbox"/>	Niere(n)	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	neurol. Erkrankung	<input type="checkbox"/>	psych. Erkrankung	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	Medikamenten-Allergie	<input type="checkbox"/>	Penicillin-Allergie	<input type="checkbox"/>
Latex-Allergie	<input type="checkbox"/>	Gelbsucht/Hepatitis	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Vergiftung	<input type="checkbox"/>	Parodontitis	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen:		
Unverträglichkeiten zahnärztlicher Materialien:		
Medikamente:		
Schwangerschaft (Monat):		
Wünschen Sie örtliche Betäubung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> nach Absprache <input type="checkbox"/>
Besitzen Sie ein Bonusheft:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

Aus rechtlichen Gründen bitten wir Sie um die Abgabe folgender Erklärungen:

1. Ich bin bis auf Widerruf mit der Weitergabe meiner Krankenunterlagen an einen evtl. Praxisnachfolger einverstanden.
2. Ich stimme der Abtretung von Forderungen aus zahnärztlicher Behandlung und der Weitergabe meiner notwendigen Daten an zahnärztliche Verrechnungsstellen bis auf Widerruf zu.
3. Ich bin mit der Berechnung von mir verschuldeter Praxisausfallzeiten einverstanden.

Heilbronn, den

Unterschrift: