

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir freuen uns sehr über Ihr Interesse an einer Behandlung in unserer Praxis und auf Ihren ersten Besuch. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen vollständig. Sie können uns so helfen, uns auf Sie einzustellen und eine umfassende Grundlage für die Behandlungsplanung zu schaffen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: geb.:
Ort: Tel.-Nr.:
Straße:
Versicherter: Krankenversicherung:

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt / Facharzt: Name, Adresse und Telefonnummer:

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?
.....

Allergien: Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Herzerkrankungen: Herzschwäche? ☐ ja ☐ nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) ☐ ja ☐ nein
Herzasthma, Angina pectoris ☐ ja ☐ nein
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz ☐ ja ☐ nein
Sonstiges?

Kreislaufkrankungen: Zu hoher Blutdruck? ☐ ja ☐ nein
Zu niedriger Blutdruck? ☐ ja ☐ nein
Zustand nach Herzinfarkt? ☐ ja ☐ nein
Sonstiges?

Vegetative Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle? ☐ ja ☐ nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ☐ ja ☐ nein
Sonstiges?

Stoffwechsel-Erkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)? ☐ ja ☐ nein
Magen - Darmerkrankungen? ☐ ja ☐ nein
Schilddrüsenerkrankung? ☐ ja ☐ nein
Sonstiges?

Erkrankung des Nervensystems: Epileptische Anfälle? ☐ ja ☐ nein
Krämpfe? ☐ ja ☐ nein
Sonstiges?

Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Blutarmut (Anämie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sonstiges?		
Infektions- Krankheiten	Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A/B)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Tuberkulose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wurde bei Ihnen ein Aids-test durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, mit welchem Ergebnis?		
	Sonstiges?		
Weitere Angaben:	Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Hiermit weisen wir Sie darauf hin, dass die Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr für 4-6 Stunden nach der Behandlung unter dem Einfluss von Injektionen zur lokalen Anästhesie, die vor oder während der Behandlung verabreicht werden, beeinträchtigt sein kann. Wir bitten unsere weiblichen Patientinnen, uns vor Beginn der Behandlung eine Schwangerschaft unverzüglich mitzuteilen.

--> Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit!

Besitzen Sie ein Bonusheft? ☐ ja ☐ nein

Worauf legen Sie besonderen Wert?

Einverständniserklärung

Wünschen Sie, in unserem **Recall-Programm** aufgenommen zu werden, um Sie in Zukunft schriftlich an die halbjährliche Kontrolluntersuchung sowie an Ihren vereinbarten Terminen per E-Mail zu erinnern?

☐ ja ☐ nein

E-Mail-Adresse: _____

Die Einverständniserklärung kann jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>

Ausfallgebühr

Bitte beachten Sie, dass wir Termine ausschließlich für Sie reservieren. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um Absage spätestens 24 Stunden im Voraus. Bei unentschuldigtem Fernbleiben oder kurzfristiger Absage behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr gemäß § 615 BGB zu berechnen.

Datum:

Unterschrift: