



Name, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat/mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name der Versicherung / Krankenkasse

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Datum

Erziehungsberechtigter

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck Ja Nein
 Niedriger Blutdruck Ja Nein
 Herzschrittmacher Ja Nein
 Herzklappenfehler Ja Nein
 Herzoperation Ja Nein
 Herzerkrankung Ja Nein

Infektionskrankheiten:

HIV Ja Nein
 Hepatitis A Ja Nein
 Hepatitis B Ja Nein
 Hepatitis C Ja Nein
 Tuberkulose Ja Nein

Allergien, Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika Ja Nein
 Schmerzmittel Ja Nein
 Penicillin Ja Nein
 Jod Ja Nein
 Pflaster Ja Nein
 Sonstige _____

Weitere Erkrankungen:

Ohnmachtsneigung Ja Nein
 Asthma Ja Nein
 Lungenerkrankung Ja Nein
 Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
 Rheuma Ja Nein
 Epilepsie Ja Nein
 Diabetes Ja Nein
 Nierenfunktionsstörung Ja Nein
 Tumorleiden/Krebs Ja Nein
 Osteoporose Ja Nein
 Einnahme von Bisphosphonate Ja Nein
 Blutgerinnungsstörung Ja Nein
 Blutverdünnung Ja Nein
 welches Medikament: _____

Allgemeine Angaben:

Raucher Ja Nein
 Alkoholkonsum Ja Nein
 bei ja: selten oft regelmäßig
 Schwangerschaft Ja Nein
 Medikamenteneinnahme Ja Nein
 Welche: _____

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termin einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Telefonbuch Gelbe Seiten Internetpräsenz
 Internetsuchmaschine Lage der Praxis Auf Empfehlung

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten