

ZahnMedizinsches Versorgungszentrum Leipzig

Zahnärzte Mockau

Tauchaer Straße 12 - 04357 Leipzig – Tel.: 0341 / 6014361

Steuer-Nr.: 2/231/167/13101

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Für eine adäquate und risikoarme Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.
Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen auch unaufgefordert mit.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte baldmöglichst, spätestens jedoch 24 Stunden vor Ihrem Termin.

Patientendaten

Name des Patienten: _____
geb. am: _____
Geburtsort: _____
Anschrift: _____
Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert	ja ()	nein ()
Freiwillig versichert	ja ()	nein ()
Haben Sie eine private Zusatzversicherung	ja ()	nein ()
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt	ja ()	nein ()

Telefon: _____
Mobiltelefon: _____
Fax: _____
Telefon Büro: _____
E-Mail Adresse: _____
Beruf: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten
oder Versicherten: _____
Versicherter: _____
geb. am: _____
Anschrift: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge? ja () nein ()

Wenn ja, wie möchten Sie an Ihren nächsten
Vorsorgetermin erinnert werden? telefonisch () schriftlich ()

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht
(z.B. bei Versendung von Röntgenbildern) ja () nein ()

Einverständnis Erziehungsberechtigter
zur Behandlung Minderjähriger ja () nein ()

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung ja () nein ()

Herzschrittmacher / Künstliche Herzklappen ja () nein ()

Hoher Blutdruck ja () nein ()

Niedriger Blutdruck ja () nein ()

Gerinnungshemmer (Falithrom, ASS,..) ja () nein ()

Blutungsneigung / Bluterkrankung (HIV) ja () nein ()

Rheuma ja () nein ()

Diabetes ja () nein ()

Schilddrüsenerkrankung ja () nein ()

Lebererkrankung (Hepatitis) ja () nein ()

Magen - / Darmerkrankung ja () nein ()

Nierenerkrankung ja () nein ()

Lungenerkrankung / Asthma ja () nein ()

Nasen - / Nasennebenhöhlenerkrankung ja () nein ()

Augenerkrankung (z.B. Glaukom, etc.) ja () nein ()

Epilepsie ja () nein ()

Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen? ja () nein ()

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien? (z.B. Latex, Pflaster, etc.) ja () nein ()

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja () nein ()

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate? ja () nein ()

(Spezielle Medikamente in der Krebstherapie oder bei Osteoporose)

Reagieren Sie bei bestimmten
Medikamenten empfindlich?

ja () nein ()

Wenn ja, bei welchen? _____

Sind Sie Raucher?

ja () nein ()

Wenn ja, wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich? _____

Für unsere weiblichen Patienten:

Sind Sie schwanger?

ja () nein ()

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Datum _____

Unterschrift _____