

Patient / Patientin:

Name / Vorname: _____

geb. am: _____ in: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ mobil: _____

Email: _____ @ _____

Krankenkasse: _____

Mitglied / Zahlungspflichtiger / Familienversichert:

Name / Vorname des Mitglieds: _____ geb. am: _____

Rechnungsanschrift:
_____**Haben Sie eine Zusatzversicherung für stationäre Behandlung** ja nein **oder für Implantate** ja nein **Bitte Zutreffendes ankreuzen und/oder unterstreichen:**1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja welche? _____ ja nein _____
_____2. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens oder des Kreislaufs (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herzschrittmacher, Bluthochdruck)? _____ ja nein _____
3. Haben Sie eine Erkrankung des Blutes (z.B. Gerinnungsstörung)? _____ ja nein 4. Haben oder hatten Sie eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis A B C, TBC, HIV - Positiv - AIDS)? _____ ja nein 5. Haben Sie eine Erkrankung der Niere? _____ ja nein 6. Sind Sie Raucher? _____ ja nein 7. Haben Sie eine Erkrankung der Atemwege? _____ ja nein 8. Haben Sie eine Erkrankung der Schilddrüse? _____ ja nein

9. Haben Sie eine Erkrankung der Augen? _____ ja nein

10. Haben Sie eine Erkrankung des Magens oder des Darms? _____ ja nein

11. Haben Sie eine Erkrankung des Nervensystems (z.B. Epilepsie)? _____ ja nein

12. Haben Sie Allergien, wenn ja welche?
_____ ja nein

13. Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)? _____ ja nein

14. Sonstige Erkrankungen: _____

15. Für weibliche Patienten: Besteht bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft? ungewiss
ja Nein

16. Von welchem Zahnarzt oder Kieferorthopäden wurden sie überwiesen?

Noch einige wichtige Informationen zum Schluss:

- ✓ **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.**
- ✓ **Mit Übermittlung Ihrer Emailadresse sind Sie einverstanden, schriftlich über Terminangelegenheiten informiert zu werden.**
- ✓ **Bitte informieren Sie uns umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen.**
- ✓ **Nach einer Operation dürfen Sie für 4 Stunden nicht am Straßenverkehr teilnehmen.**
- ✓ **Wir bitten Sie, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.**
- ✓ **Schriftliche Kostenvoranschläge (z.B. für Implantate) sind eine Privatleistung, die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte mit ca. 45 Euro berechnet werden.**
- ✓ **Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.**

Köln, den _____ Unterschrift _____