Zahnarztpraxis
Dr. med. dent. Alexander Schubert
Hartensteiner Str. 3b • 09350 Lichtenstein/Sa.

Patientenerklärung

Name : Vorname : Geburtsdatum :

Beruf : Telefon privat :
mobil :
berufl. :

E-Mail :

Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? Ja / Nein

1. Allergien (welche?) .....
2. Herz-& Kreislauferkrankungen (welche?) .....
3. Diabetes (Typ?) .....
4. Erkrankungen der Atemwege (welche?) .....
5. Störungen der Blutgerinnung (auch medikamentös) .....
6. Rheumaerkrankung .....
7. Augenerkrankungen (welche?) .....
8. Anfallsleiden .....
9. sonstige Allgemeinerkrankungen (welche?) .....
10. Bisphosphonattherapie .....

Sind Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? (Name d. Hausarztes)

.....

Welche Medikamente nehmen Sie?

.....

Besteht eine Schwangerschaft? (Monat) .....
Rauchen Sie? (seit wann, wieviel pro Tag) .....

Sind Sie damit einverstanden, von uns an die jährliche Bonusuntersuchung erinnert zu werden? .....

Sind Sie an Prophylaxe / professioneller Zahnreinigung interessiert? .....
Haben Sie eine „Zahn“ Zusatzversicherung? .....

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

.....

Ich bitte Sie, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß zu erteilen, sie sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch für eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich.
Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 Strafgesetzbuch sowie den Bestimmungen des Datenschutzes.

Bitte beachten Sie, dass wir uns vorbehalten, für Termine die nicht spätestens bis 24 Stunden vor Terminbeginn abgesagt oder gänzlich unentschuldigt nicht wahrgenommen werden, ein Ausfallhonorar gemäß §§ 293,286,615 BGB in Rechnung zu stellen.

Lichtenstein, den

Unterschrift Patient/-in