



ZAHNÄRZTE IM OSTERTAL

Inh. ZA Michael Schäfer

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten und Befunde sowie der Weitergabe an Mitbehandler, zahntechnische Labore und externe Abrechnungsstellen stimme ich bis auf Widerruf zu.

Patient (Vorname, Nachname)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Versicherte Person (Vorname, Nachname)
(wie z. B. Ehegatte/in, Mutter/Vater)

Geburtsdatum der versicherten Person

Hausarzt

Pflegegrad

Haben Sie Erkrankungen in folgenden Bereichen? Unklarheiten klären Sie bitte mit dem/der Zahnarzt/Zahnärztin im Sprechzimmer.

Blutdruck ☐ ja ☐ nein

Rheuma / Osteoporose ☐ ja ☐ nein

Herz ☐ ja ☐ nein

Magen / Darm ☐ ja ☐ nein

Zuckerkrankheit ☐ ja ☐ nein

Aids ☐ ja ☐ nein

Blut (Blutgerinnung) ☐ ja ☐ nein

Gelenkprothese ☐ ja ☐ nein

Schilddrüse ☐ ja ☐ nein

Allergie ☐ ja ☐ nein

Lunge ☐ ja ☐ nein

Schwangerschaft ☐ ja ☐ nein

Leber ☐ ja ☐ nein

Krebserkrankung ☐ ja ☐ nein

Niere ☐ ja ☐ nein

Sonstiges:

Welche Medikamente nehmen Sie ständig ein?

Bei welchen Medikamenten besteht eine Unverträglichkeit?

Möchten Sie ein halbes Jahr nach Ihrer letzten Behandlung an einen Kontrollbesuch erinnert werden?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie dürfen wir Sie kontaktieren?

☐ E-Mail ☐ Brief

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

☐ persönliche Empfehlung ☐ Internet ☐ Sonstiges

Ort, Datum

Unterschrift