

Patient: Name	Vorname	Geburtsdatum	email
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon privat	Handy
Krankenkasse/Krankenversicherung	Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt
Beruf	Telefon geschäftl.	Pfleigestufe/Behinderung	

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

- Freunde, wer?
- Überweisung durch:
- Internet Gelbe Seiten Telefonbuch
- Sonstiges:

- Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans
- Wünschen Sie nur die Behandlung der derzeitigen Beschwerden?

Ist Ihnen die Ästhetik:

- sehr wichtig , wichtig , nicht so wichtig , total unwichtig
 Gefällt Ihnen Ihr Lächeln / Ihre Zähne Ja Nein

Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuches?

- Wünschen Sie eine Erinnerung an Ihre jährliche Kontrolluntersuchung (Recall)/ **per Email?** Ja Nein
 Dürfen wir Ihre Rechnungen/Kostenvoranschläge per Email - **unverschlüsselt** - zusenden? Ja Nein
 Terminerinnerung per **SMS / Email** (zutreffendes ankreuzen) Ja Nein

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemnot oder Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopf- oder Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star (Glaucom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Epileptiker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher oder niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werte:/.....			Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen/Antikoagulantien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma, Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?			Gelbsucht, Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?			Nehmen Sie dagegen Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind jemals Probleme bei ärztlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlungen aufgetreten?			Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?			Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?			Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie eine Zahnschiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie schon eine Zahnfleisch-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, warum?.....			behandlung? Wenn ja, wann?.....		
Endo-prothese/künstliches Gelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit/Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

Sie sind verpflichtet uns auch in Zukunft über Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer persönlichen Daten, Ihrer Versicherung, Vorliegen einer Schwangerschaft, etc. unaufgefordert zu informieren!

Medikamente, auch Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Bei Nichteinhaltung von Terminen, **ohne vorherige Absage**, kann der entstandene Honorarverlust in Rechnung gestellt werden.

Hiermit habe ich die ausliegende Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden!

Zittau, den _____ Datum _____ Unterschrift _____