

Zahnarztpraxis Dr. A. Geiser
Hindenlangstraße 1b, 37269 Eschwege
Praxis für ästhetische Zahnheilkunde und Prophylaxe

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Patient	_____			
Herr/Frau	Name/Titel	Vorname	geb.	Geburtsort
Mitglied	_____			
	Name/Titel	Vorname	geb.	
Anschrift	_____			
	Straße		Nr.	

	PLZ	Ort	E-Mail-Adresse	
Telefon	_____			
	Privat	Handy	Dienstlich	
Krankenkasse	_____			
		Zusatzversicherung:	_____	
Beruf	_____			
Arbeitgeber	_____			
Anschrift	_____			
Name Hausarzt	_____			
Anschrift	_____			

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen (50,00€/30 min.).

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen.- Dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Für Kassenpatienten:

Wir brauchen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns bis Ende des Quartals nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

-bitte wenden-

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

		ja	nein	welche
1	Allergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2	Anfallsleiden/Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3	Atemwegserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3.1	<i>Asthma</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4	Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5	Diabetes (welcher Typ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6	Glaukom /Grüner Star erhöhter Augendruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
7	Erkrankung blutbildender Organe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
8	Herz- Kreislauf- Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
8.1	<i>Herzinsuffizienz</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
8.2	<i>Koronare Herzerkrankung/ Angina Pectoris</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
8.3	<i>Herzinfarkt</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
8.4	<i>Herzrhythmusstörungen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
8.5	<i>Herzschrittmacher</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
8.6	<i>Herzklappenfehler/-ersatz</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
8.7	<i>Hypertonie /erhöhter Blutdruck</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
8.8	<i>Hypotonie / niedriger Blutdruck</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
8.10	<i>Arteriosklerose</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
8.11	<i>Schlaganfall</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
9	Muskelschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
10	Infektionskrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
10.1	<i>Hepatitis / Gelbsucht, welcher Typ</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
10.2	<i>Immunmangelsyndrom HIV / Aids</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
10.3	<i>Covid 19</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
11	Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
12	Magen- Darm-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
13	Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
13.1	<i>chronische Niereninsuffizienz</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
13.2	<i>Dialyse</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
14	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
14.1	<i>Behandlung m. Bisphosphonaten?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
15	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
16	Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
17	Frühere Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
17.1	<i>Haben Sie künstliche Gelenke?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
18	Psychische Erkrankungen z.B. Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
19	Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
20	Haben Sie bisher lokale Betäubungs- spritzen beim Zahnarzt gut vertragen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
21	Nehmen Sie Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
22	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
23	Bestehen Suchterkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
24	Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
25	Rauchen Sie? Wieviel täglich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Wer soll im Notfall benachrichtigt werden?

Tel.: _____

Ort / Datum / Unterschrift: _____