



Name _____ Geburtsname _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon Festnetz _____ Mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenversicherung _____

Privat ☐

Beihilfe ☐

Zusatzversichert ☐

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen/Hauptversicherten falls abweichend

Wer war so freundlich Sie auf uns aufmerksam zu machen?

Was ist der Grund für Ihren Besuch?

Kontrolle ☐ Zahnschmerzen ☐ Ästhetik ☐ Schnarchen ☐

Knirschen ☐ Zweitmeinung ☐ Beratung ☐ Zahnfleisch ☐

Gibt es aktuelle Röntgenbilder von Ihnen (nicht älter als 6 Monate)? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wo dürfen wir diese anfordern? _____

Viele allgemeingesundheitliche Erkrankungen können eine Auswirkung auf unsere zahnärztliche Behandlung haben. Bitte geben Sie deshalb alle Erkrankungen und Medikamente gewissenhaft und vollständig an. Wenn sich im Laufe der Zeit etwas ändern sollte, informieren Sie uns bitte, damit wir auf Ihre veränderte Situation eingehen können.

Gesundheitsbogen - bitte ankreuzen

Sind Sie zur Zeit oder waren Sie in der Vergangenheit in Behandlung bezüglich:

Herz- / Kreislauferkrankungen / Herzschrittmacher	☐	Herzinfarkt	☐
Schlaganfall / Lähmungen	☐	Diabetes	☐
Asthma (schwere Atemnot), Heuschnupfen	☐	Rheuma	☐
Bluterkrankungen / Blutgerinnungsstörungen	☐	Bluthochdruck	☐

Leiden Sie an Infektionskrankheiten wie

HIV/AIDS ☐ Hepatitis ☐ Tuberkulose ☐ andere Erkrankungen ☐

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter Allergien / allergischen Reaktionen?

Wenn ja, auf was _____

Rauchen Sie Nein ☐ Ja ☐ Anzahl / Tag _____

Besteht eine Schwangerschaft? Nein ☐ Ja ☐

Ich bin damit einverstanden, dass ich über Doctolib an meine bevorstehenden

Termine per SMS / E-Mail erinnert werde: Nein ☐ Ja ☐

Ich bin damit einverstanden, dass ich über Doctolib (SMS E-Mail)/per Telefon an
meine halb-/jährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werde: Nein ☐ Ja ☐

Wir sind eine reine Bestellpraxis und reservieren Ihnen Ihren persönlichen Termin.

Wir behalten uns das Recht vor, bei **versäumten oder kurzfristig abgesagten**

Terminen (weniger als 24 Stunden vor Terminbeginn) ein Ausfallhonorar von 80€/

Std. in Rechnung zu stellen. **Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem, dass**

alle Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen

ausgefüllt wurden.

Datum _____ Unterschrift _____



Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgenden Stellen weitergeleitet werden:

- Dentallabore* zum Zweck der Anfertigung oder Reperatur von Zahnersatz oder Schienen
- mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Therapeuten (medizinische Behandlung)
- private- und gesetzliche Krankenkassen, Abrechnungsstellen*

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte, Überweisungen etc. von folgenden Personen in meinen Namen abgeholt werden dürfen:

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zusätzlich zu mit - und weiterbehandelnden Ärzten folgenden Personen telefonisch Auskunft bzgl. meiner Daten geben dürfen:

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/ dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Datum / Unterschrift

* Die genauen Anschriften sind beim Personal der Anmeldung zu erfragen.