

Neu in Behandlung tretende Patienten bitten wir um folgende Angaben (bitte in Druckschrift)

Patient: Name Vorname Geburtsdatum/-ort

Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben):

Name Vorname Geburtsdatum/-ort

Krankenkasse:

☐ gesetzliche Versicherung

☐ freiwillig versichert

☐ Zusatzversicherung

☐ Kostenerstattung

☐ private Versicherung

☐ Vollversicherung

☐ beihilfeberechtigt

☐ Basistarif

Beruf

Arbeitgeber

Tel. geschäftlich

Anschrift: Straße PLZ Ort

Tel. mobil E-Mail

Für Ihre Behandlung benötigen wir folgende Angaben

Leiden Sie an:	ja	nein	welche
Herz-, Kreislaufbeschwerden	☐	☐	
Diabetes mellitus	☐	☐	
Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐	
Lebererkrankungen	☐	☐	
Bluterkrankungen	☐	☐	
Infektionskrankheiten (Tbc, HIV+, Aids, Hepatitis)	☐	☐	
Erkrankungen des Nervensystems	☐	☐	
Allergien	☐	☐	
sonstigen Erkrankungen	☐	☐	

	ja	nein	welche
Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z. B. Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?	☐	☐	
Nehmen Sie andere Medikamente?	☐	☐	
Besteht eine Schwangerschaft?	☐	☐	☐ Ich weiß nicht.
Befanden Sie sich im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung?	☐	☐	
Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt?			
Wie alt ist ggf. vorhandener Zahnersatz?			
Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?			
Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft?	☐	☐	

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Datum / Unterschrift Patient / Versicherter / Zahlungspflichtiger / gesetzlicher Vertreter

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Wir bitten Sie um vollständige und wahrheitsgemäße Angaben.