

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen angepasst werden kann, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Dies ist für eine adäquate und risikofreie Behandlung von Wichtigkeit.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname: _____

Geschlecht: männlich () weiblich () divers ()

Geb.-Datum: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Mobil.: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

*Beruf, Arbeitgeber: _____ Tel. Arbeit: _____

Name und Anschrift des behandelnden Hausarztes: _____

Versicherung

Krankenkasse / private Krankenversicherung: _____

Gesetzlich versichert

Zusatzversichert

Privat versichert

Basistarif

Beihilfeberechtigt

Bei Familienversicherung abweichende Angaben des Versicherten/Zahlungspflichtigen:

Name / Vorname: _____

Geschlecht: männlich () weiblich () divers ()

Geb.-Datum: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Möchten Sie in unser RECALL-Programm aufgenommen werden?

Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Google () Homepage () Praxisschild ()

Wurden Sie an uns empfohlen? Ja () *Wenn ja, durch wen? _____

Herz-/Kreislauf-Erkrankungen

- Erhöhter Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein
- Tachykarde Herzrhythmusstörung Ja Nein
- Angina pectoris Ja Nein
- Herzklappenerkrankung /-defekt Ja Nein
- Herzschrittmacher Ja Nein
- Stent Ja Nein
- Sind Sie auf eine Endokarditis-Prophylaxe angewiesen? Ja Nein

Medikamente

Infektionserkrankungen

- Hepatitis A, B oder C Ja Nein
- HIV positiv Ja Nein
- Tuberkulose Ja Nein
- Covid-19 Ja Nein
- Sonstige Infektionskrankheiten? _____ Ja Nein

Medikamente

Allergien / Unverträglichkeiten

- Lokalanästhetika Ja Nein
 - Sulfitallergie Ja Nein
 - Schmerzmittel Ja Nein
 - Antibiotika Ja Nein
 - Sonstige Allergien / Unverträglichkeiten Ja Nein
-

Medikamente

Weitere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
 - Asthma Ja Nein
 - Lungenerkrankung Ja Nein
 - Lebererkrankung Ja Nein
 - Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
() Über-/ () Unterfunktion
 - Rheuma Ja Nein
 - Epilepsie Ja Nein
 - Diabetes Ja Nein
 - Magen-Darm-Erkrankungen Ja Nein
 - Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
 - Ohnmachtsneigung Ja Nein
 - Grauer Star Ja Nein
 - Glaukom Ja Nein
 - Aktuelle/ Vorhergehende Tumorerkrankung Ja Nein
Welche/ Wann? _____
 - Aktuelle/ Vorhergehende Strahlen- /Chemotherapie? Ja Nein
 - Osteoporose Ja Nein
 - Nehmen Sie Bisphosphonate ein? Ja Nein
*Wenn ja, fragen Sie bitte nach unserem
gesonderten Bisphosphonat-Anamnesebogen.*
 - Sonstige Erkrankungen, wenn ja, welche? Ja Nein
-

Medikamente

Rauchen Sie? Ja Nein
Wie viele Zigaretten pro Tag?/ Seit wann?

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Datum

Unterschrift Patient

Ausfallhonorar bei Terminversäumnis

Wir sind eine Bestellpraxis und bieten Ihnen für Ihre Behandlung individuelle Termine, die wir nur für Sie persönlich im Voraus reservieren.

Die meisten unserer Patienten nehmen ihre Termine vorbildlich wahr und unterstützen uns somit bei der Praxisorganisation – auch bei langen Terminvorläufen. Dafür bedanken wir uns sehr!

Sollten Sie Ihren Termin jedoch versäumen, ohne uns rechtzeitig (mindestens 24 Stunden vorher) darüber zu informieren, können dadurch erhebliche finanzielle Einbußen durch Ausfallzeiten entstehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn in der für Sie vorgesehenen Behandlungszeit keine anderen Patienten behandelt werden können. In diesem Fall müssen wir Ihnen daher **ein Honorar** für die im Behandlung Termin vorgesehenen Leistungen in Rechnung stellen.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und für Ihr Verständnis.

Ihr Praxisteam Dr. Mager und Partner

Datum, Ort, Unterschrift Patient

*freiwillige Angaben