



JAKOB GRALL
ZAHNARZT

Herzlich willkommen!

Wir freuen uns sehr, dass Sie Ihr Lächeln und ihre Zahngesundheit mit uns erhalten wollen.

Um Ihren Aufenthalt optimal an Ihre Bedürfnisse und Wünsche anpassen zu können und Sie besser kennenzulernen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Falls Sie Fragen haben, wir helfen Ihnen gerne.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (privat/geschäftlich)

Mobil

Email

Beruf

Arbeitgeber/in

Ich bin:

- gesetzlich versichert
- privat versichert
- privat versichert in Basistarif
- zusatzversichert
- beihilfeberechtigt

Name der Krankenkasse/Versicherung: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Bei Minderjährigen: Die Daten der/des Hauptversicherten lauten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Bitte wenden

Gesundheitsfragebogen

Herz- Kreislauf- Erkrankungen: ja nein

Wenn ja, welche: _____

Infektionserkrankungen

Hepatitis ja nein wenn ja, welcher Typ? _____

HIV ja nein

Tuberkulose ja nein

Andere: _____

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Asthma / Lungenerkrankung ja nein

Rheuma / rheumatisches Fieber ja nein

Nierenerkrankung ja nein

Diabetes ja nein

Epilepsie ja nein

Andere: _____

Allergien, Unverträglichkeiten: ja nein

Wenn ja, welche: _____

(z.B. Medikamente, Latex, Haushaltsreiniger)

Sonstige Angaben

Regelmäßige Medikamente ja nein wenn ja, welche? _____

Rauchen ja nein

Frühere Röntgenuntersuchung
im Mund- Kiefer- Gesichtsbereich ja nein wenn ja, wann? _____

Schwangerschaft ja nein

Name, Anschrift Hausarzt/Hausärztin: _____

Leiden sie unter morgendlichen Kopfschmerzen/Verspannungen im Hals- Nackenbereich? ja nein

Waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung? (Zahnspange) ja nein

Bitte wenden

Weitere Informationen

Schriftwechsel bevorzugt per: Post E-Mail
Terminreminderung bevorzugt per: Telefon E-Mail SMS keine

Falls Sie einmal einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen spätestens **24 h vor Behandlungsbeginn** abzusagen. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich bereit die entsprechende Ausfallzeit auch ohne Behandlung, z.Zt. 45.- Euro je halbe Stunde, zu tragen.

Hiermit bestätige ich, alle Hinweise gelesen zu haben, sowie die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter/in