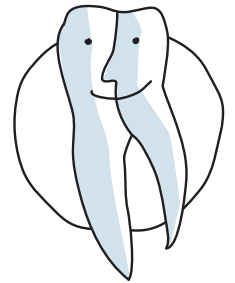


HERZLICH WILLKOMMEN IN DER ZAHNARZTPRAXIS DR. STEFFEN KLABUNDE!



Für eine individuelle, auf Ihre Gesundheit abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Auch wenn Sie diesen Bogen vor einiger Zeit schon einmal ausgefüllt haben, bitten wir Sie, Ihre Angaben noch einmal zu bestätigen. Vielen Dank!

Ihr Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Name des Versicherten, falls dieser abweicht _____ Geburtsdatum _____

Postleitzahl/Wohnort _____ Straße/Hausnummer _____ Telefon _____

Beruf _____ E-Mail _____ Telefon tagsüber _____

Name und Anschrift Ihres Hausarztes _____

Name und Sitz Ihrer Krankenkasse _____
 pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert
 Beihilfe Zusatzversicherung nicht versichert

Sind Sie zur Zeit oder auch regelmäßig in ärztlicher Behandlung? Bei welchem Arzt, wegen welcher Erkrankung? _____

Allgemein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____ Seit wann? _____

Haben Sie Allergien gegen Medikamente oder andere Stoffe? nein ja, gegen _____

Sind Sie schwanger? nein ja

Rauchen Sie? nein bis 10 Zigaretten/Tag über 10 Zigaretten/Tag

Erkrankungen

Hoher Blutdruck ja nein

Herzerkrankung ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Diabetes ja nein

Grauer Star, Augenerkrankung ja nein

Gelbsucht/Hepatitis ja nein

HIV ja nein

andere Infektionskrankheit ja nein

Recall erwünscht? ja nein

Bitte zögern Sie nicht, uns anzusprechen, falls Sie eine gezielte Beratung über Zahnersatz, Kinderprophylaxe, Amalgamaustausch oder ein anderes Thema wünschen, welches Ihnen wichtig ist.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift und Datum die oben genannten Angaben.

Da wir eine Bestellpraxis mit Terminvergabe sind, berechnen wir nicht eingehaltene oder 48 Stunden vorher abgesagte Termine mit 190,00 € die Stunde.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____