



**Dr. Weckwerth
&
Partner**

St. Hubertus 4
23627 Groß Grönau
Telefon 0 45 09 / 15 58



.....
 Vorname Name geb. am
 Versicherte/r geb. am
 Anschrift
 Telefon privat.....mobil e-mail
 Krankenkasse
 letzte Röntgenuntersuchung im Mund-Kieferbereich; wann?.....
 Schwangerschaft ja nein (.....Monat)
 Vollständig geführtes Bonusheft vorhanden? ja nein

Einwilligung in die Datenweitergabe
[Datenschutzrechtliche Einwilligung]

Zwischen der Zahnarztpraxis

Name der Praxis

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

zwischen

Zahnarztpraxis
Dr.Felix Weckwerth & Partner, St. Hubertus4, 23627 Groß Grönau

Vollständiger Name Praxisinhaber/Vertretungsberechtigter

und der Patientin/dem Patienten (unzutreffendes streichen)

Name/Vorname der Patientin/des Patienten

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Terminverwaltung

Liebe Patienten, wir reservieren unsere Termine ausschließlich für Sie. Wir weisen Sie daher hiermit daraufhin, dass wir Ihnen bei Nichterscheinen oder einer nicht rechtzeitigen Absage von 24 Stunden vor Ihrem Termin ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen müssen.

SPEZ. MEDIZINISCHE ANAMNESE Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie um Ausfüllung dieses Erhebungsbogens. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, Aids usw.)

Herz-Kreislauf.....

Atemsystem.....

Verdauungsorgane.....

Zuckerkrankheit (Diabetes).....

Allergien, Haut.....

Urogenitalsystem, Niere, Unterleib.....

Psychische Probleme (auch Therapie?).....

Rheumatische Erkrankung.....

Arzneimittelüberempfindlichkeit gegen.....

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Welche?.....

.....

Raucher ehemaliger Raucher Nichtraucher

Beruf beschäftigt bei.....

Empfohlen bzw. überwiesen durch.....

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/Praxisstempel

Ort, Datum

Unterschrift Patient