

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Anliegen und Wünsche unterhalten, brauchen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen helfen können. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Praxis Dr. Stefan Gruber

Ihre Patientendaten:

Frau / Herr/ Kind

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

falls familienversichert,
die Daten des Ver-
sicherten

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Ihre Anschrift

Straße _____ Hausnummer _____ Telefon / Handy _____

PLZ. _____ Ort _____

Ihr Beruf

_____ Telefon tagsüber _____

Arbeitgeber

Bitte kreuzen Sie entsprechend an:

Ich bin gesetzlich in der Krankenkasse versichert

Ich bin privat versichert , und zwar bei der Versicherung _____

Möchten Sie an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung gemäß Vorsorgepass (Bonusheft) erinnert werden ?
Ja Nein

Wir sind eine Bestellpraxis, daher möchten wir Ihnen bitte wichtige Hinweise zur Organisation geben: Wir werden, falls erforderlich, mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten. Die vereinbarten Termine werden ausdrücklich für Sie freigehalten. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Sie werden daher gebeten, die Termine unbedingt bitte einzuhalten oder rechtzeitig, mindestens 24 Stunden vorher, abzusagen.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Hallo Stadtteilanzeiger Freunde und Bekannte

Aufnahmebogen

Was ist der Grund ihres Zahnarztbesuches? _____

Knirschen Sie nachts mit den Zähnen Ja Nein

Hätten Sie gerne eine hellere Zahnfarbe Ja Nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten ?

Bitte kreuzen sie entsprechend an:

Nehmen Sie regelmäßig Markumar oder Aspirin ein?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja welche? _____

Haben Sie Kreislaufbeschwerden / Bluthochdruck

Haben Sie sonstige Erkrankungen, wenn ja welche? _____

Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C HIV/ Aids

Asthma Tuberkulose Zuckerkrankheit, Diabetes Epilepsie

Bestehen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn, ja welche?

Schwangerschaft , wenn ja, in wie vieler Woche: _____

Bitte beachten Sie zur DSGVO unsere Datenschutzerklärung unter www.dr-stefan-gruber.de, alternativ liegt sie im Wartezimmer aus.

Einverständniserklärung:

Ich bestätige mein Einverständnis mit der o.a. Datenschutzerklärung, insbesondere mit der Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten im Sinne der DSGVO zu zahnmedizinischen Zwecken. Ich kann die Erklärung jederzeit widerrufen.

Datum _____

Unterschrift _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe ! Bitte teilen Sie uns Änderungen der Angaben baldmöglichst mit.
Und bitte faxen Sie diesen Aufnahmebogen nicht, sondern bringen Sie ihn ausgefüllt und im Original einfach in die Praxis mit.
Ihr Team der Zahnarztpraxis Dr. Stefan Gruber, Telefon 089 / 43 77 99 00.