

Patient:	<input type="text"/>	Geboren:	<input type="text"/>
Anschrift:	<input type="text"/>	Telefon*):	<input type="text"/>
Geburtsname		Mobil*):	<input type="text"/>
Mitglied/		EMAIL*):	<input type="text"/>
Zahlungspfl.:	<input type="text"/>	Geboren:	<input type="text"/>
Anschrift:	<input type="text"/>	Telefon*):	<input type="text"/>

Krankenversicherung:	<input type="text"/>	Wenn Privat: Basis-/Standardtarif	<input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N
Beruf(Patient):	<input type="text"/>	Ich bin privat Zusatzversichert *)	<input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N
Arbeitgeber*):	<input type="text"/>		

**Bitte Beantworten Sie folgende Fragen nach Ihrem jetzigen Kenntnisstand:**  
Zum Fragebogen vom  haben sich keine Veränderungen ergeben. Stimmt   
(Bitte nur noch unten unterschreiben)

**Es hat sich etwas geändert und in allen anderen Fällen:**

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten? (jeweils richtige Antwort bitte ankreuzen):	
Allergien <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N	Zahnfleischbluten <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N
Welche?: <input type="text"/>	Prothesenprobleme <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N
Unverträglichkeit von	Kosmetische Problemen <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N
Medikamente <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N	Letztes Röntgen <input type="text"/>
Welche?: <input type="text"/>	Letzter ZA-Besuch <input type="text"/>
Blutdruck: <input type="checkbox"/> Hoch / <input type="checkbox"/> Normal / <input type="checkbox"/> Niedrig	Welche Medikamente nehmen Sie:
Herzinfarkt. <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N	<input type="text"/>
Herzschrillmacher <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N	<input type="text"/>
Gelbsucht/Hepatitis/	<input type="text"/>
Leberkrankheiten <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N	Sonstige Erkrankungen/Angaben:
Aids <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N	<input type="text"/>
Osteoporose <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N	<input type="text"/>
Nierenkrankheiten <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N	Schwangerschaft <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N

Sehr geehrte Patientin; sehr geehrter Patient!  
Unsere Praxis ist eine Bestellpraxis; sagen Sie daher einen Termin, den Sie nicht einhalten können, unbedingt 24 Stunden vorher ab.  
Wir halten Praxis und Personal für Sie bereit! Für gesetzlich krankenversicherte Patienten wichtig: Bringen Sie immer Ihre  
Versichertenkarte mit. Bei nicht rechtzeitigem Vorlegen (innerhalb von 5 Tagen!) können wir mit Ihrer Krankenkasse nicht abrechnen  
und es erfolgt private Rechnungslegung!  
Erklärung:  
- Sie erklären sich mit der Weitergabe Ihres Krankenblattes an einen Praxispartner, einen Vertreter oder einen Nachfolger  
einverstanden.  
- Ich wünsche Erinnerungsschreiben/Recall für meine Vorsorgeuntersuchungen  
- Ich habe einen Vormund: J / N : Name/Adresse/Telefon bitte umseitig /Nachweis beifügen  
Datum  \_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

- Ich bestätige, dass ich die o.g. Angaben zur Kenntnis genommen habe  
- Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung vor jeder neuen Behandlung für die Zukunft widerrufen kann  
- Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten / Auf eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich verzichtet  
(nicht gewünschtes durchstreichen!)

Datum  \_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

(\* )=freiwillige Angabe)

