

Ihr Gesundheitsbogen. Schön, dass Sie da sind.

Wie oft Lachen Kinder durchschnittlich am Tag?
Wie oft Lachen Erwachsene durchschnittlich am Tag?

Ihre persönlichen Daten:

_____ Name	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße / Hausnummer	_____ Ort	_____ PLZ
_____ Telefonnummer	_____ Mobilnummer	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Beruf / Arbeitgeber	

Krankenversicherungsmitglied, falls von Patienten abweichend (z.B. bei Kindern):

_____ Name	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße / Hausnummer	_____ Ort	_____ PLZ
_____ Telefonnummer	_____ Mobilnummer	
_____ E-Mail-Adresse		

Krankenkasse oder Versicherung:

Name der Krankenkasse oder Krankenversicherung

Gesetzlich versichert
 Privat versichert
 Beihilfeberechtigt
 Zusatzversichert

Gesundheitszustand:

Liegen aktuelle Krankheiten vor? Nein Ja

Wenn Ja, welche Krankheiten bestehen?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankheiten | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Asthma |

Sonstige Krankheit und physische oder psychische Einschränkungen:

Welche Allergien bestehen?



Welche Medikamente werden regelmäßig eingenommen?

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?

Rauchen Sie? Nein Ja

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja

Besitzen Sie ein Bonusheft? Nein Ja

Möchten Sie einen digitalen Abdruck Ihrer Zähne? Nein Ja

Skala (1 niedrig bis 5 hoch):

1 2 3 4 5

Wie erholsam ist Ihr Schlaf?

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Zähnen? (Form / Farbe)

Sind Sie häufig verspannt oder haben Kopfschmerzen?

Wie oft besuchen Sie unsere Praxis im Jahr?

Wie sind Sie auf unsere Zahnarztpraxis aufmerksam geworden?

Google Social Media Bekannte / Familie _____

Unsere Buchhaltung und Abrechnung erfolgt über ein externes Abrechnungsbüro.

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung bzw. Rechnungserstellung und Einbringung der Leistungen im Bereich Buchhaltung und Mahnwesen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, geb. Datum, Anschrift, Behandlungsdaten, Behandlungsverläufe sowie Diagnosen) an die ZAS Zahnärztlicher Abrechnungsservice – Michael Weißbach, Im Wiesengrund 8, 36396 Steinau a. d. Straße.

Ich entbinde meine Zahnärztin/ meinen Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Rechnungserstellung und die Erbringung der Leistungen im Bereich Buchhaltung und Mahnwesen erforderlich ist.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen.

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte zum Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Für nicht oder zu kurzfristig abgesagte Termine erheben wir eine Ausfallgebühr.

Durch meine Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu. Mit der Aufnahme in das Recall-System der Praxis bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift

**Kinder lachen pro Tage 200 bis 400 Mal.
Erwachsene kommen im Durchschnitt
auf 15-mal täglich.**

Zahnarztpraxis Romy Herget
Mittelstraße 5, 36037 Fulda
Telefon: +49 661 73714
E-Mail: kontakt@herget-zahnarztpraxis.de
www.herget-zahnarztpraxis.de

Vielen Dank für Ihr Vertrauen. Wir freuen uns,
dass Sie hier sind.

Ihr Team der Zahnarztpraxis Herget

