

Dr. med. Jürgen Hille
Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Patient: _____
Name _____ Vorname _____ geb. _____

Adresse: _____
Straße/Hausnr. _____ Postleitzahl/Ort _____

Telefon-Nr.: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse/ -versicherung: _____ Beruf/Arbeitgeber: _____

ggf. Rechnung an: _____
Name _____ Vorname _____ geb. _____

_____ Straße/Hausnr. _____ Postleitzahl/Ort _____

Ja Nein

Bestehen zur Zeit Erkrankungen? ☐ ☐
- Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ☐ ☐
- Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion/Allergie auf Spritzen, Medikamente oder andere Materialien? ☐ ☐
- Wenn ja, welche? _____

Haben oder hatten Sie	Ja	Nein
einen Herzinfarkt oder Herzerkrankung ?	☐	☐
zu hohen Blutdruck/ Kreislaufstörung ?	☐	☐
Nierenerkrankung ?	☐	☐
eine Hepatitis/Gelbsucht ?	☐	☐
Diabetes/Zuckerkrankheit ?	☐	☐
bestehen Blutgerinnungsstörungen ?	☐	☐
liegen Infektionskrankheiten vor ? (HIV, TBC)	☐	☐
- Wenn ja, welche ? _____		

Ja Nein
☐ ☐

Beobachten Sie Zahnfleischbluten ? ☐ ☐

Bei Frauen: besteht eine Schwangerschaft ? ☐ ☐

Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden ? ☐ ☐

Hinweis zur Terminvereinbarung:

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt wird (§§ 304, 615 BGB). Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Wenn dieser Termin außerhalb unserer Sprechstunde liegt, ist nur eine Notversorgung möglich.

Hinweis zum Datenschutz:

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur DSGVO (Aushang/ Handzettel) habe ich zur Kenntnis genommen.

Hinweis für Mitglieder von Krankenkassen:

Wird der Krankenschein/ Krankenkassen-Karte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt eine private Rechnungslegung.

Patientenerklärung:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meinen persönlichen- und Gesundheits- Angaben und mein Einverständnis zu den gemachten Hinweisen.

Bedburg/ Elsdorf, den _____

Unterschrift _____