



Dres. Blocher | Dr. Andreas Blocher | Dr. Bettina Blocher
Emmishofer Str. 6 | D-78462 Konstanz
Tel. (+49) 07531 23532 | Fax (+49) 07531 91233
Mail info@zahnarzt-blocher.de | Web www.zahnarzt-blocher.de

DRES. BLOCHER
ZAHNARZTPRAXIS

PERSÖNLICHE BEHANDLUNGSDATEN

PATIENT

Name	Name
Vorname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Straße	Straße
PLZ/Ort	PLZ/Ort
Telefon (Privat)	Telefon (Privat)
Telefon (Geschäft)	Telefon (Geschäft)
E-Mail	
Beruf & Arbeitgeber	
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?	

VERSICHERTER

VERSICHERUNG

Name der Krankenkasse/Versicherung

Privat Gesetzlich versichert

Privat versichert – im Basistarif Beihilfeberechtigt Privat versichert – nicht Basistarif

HAUSARZT

Name & Anschrift der Praxis

VORSORGETERMIN

Möchten Sie an die Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Datum	Erziehungsberechtigter
-------	------------------------

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich.

GESUNDHEITZUSTAND

HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) ja nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie) ja nein
Herzklappenerkrankung/-defekt ja nein
Herzerkrankung ja nein
Herzoperation ja nein
Herzschrittmacher ja nein

INFEKTIONSKRANKHEITEN

- HIV ja nein
Hepatitis ja nein
Tuberkulose ja nein
andere

ALLERGIEN

- Lokalanästhetika ja nein
Schmerzmittel ja nein
Antibiotika ja nein
andere

WEITERE ERKRANKUNGEN

- Blutgerinnungsstörungen ja nein
Asthma ja nein
Lungenerkrankung ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Rheuma ja nein
Epilepsie ja nein
Diabetes ja nein
Nierenfunktionsstörungen ja nein
Ohnmachtsneigung ja nein
andere

ALLGEMEINE ANGABEN

- Regelmäßige Medikamente ja nein Wenn ja, seit wann
- Herzmedikamente Cortison Schmerzmittel Antidepressiva Blutverdünnende Medikamente
- Andere:

- Drogenkonsum ja nein
- Alkoholgenuss ja nein Wenn ja, selten oft
- Raucher ja nein Wenn ja, 0-10 über 10 Zigaretten/Tag
- Frühere Röntgenuntersuchung ja nein Wenn ja, wann Körperteile
- Schwangerschaft ja nein Wenn ja, welcher Monat

WICHTIGE INFORMATIONEN

- > Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.
- > Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- > Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- > Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift