

DR. SUNTROP

Zahnarzt & Oralchirurg

Patient: Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Versicherter: Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Anschrift: Straße _____
Postleitzahl _____ Ort _____
Telefon: Privat _____ Geschäftlich _____
Krankenkasse: _____
Beruf: _____

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Wir danken Ihnen für das Vertrauen, dass Sie die Gesundheit Ihrer Zähne in unsere Verantwortung geben!

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um folgende Angaben:

Leiden Sie an:	Ja	Nein	Welche Erkrankung:
Herz-Kreislauferkrankungen			_____
Innere Krankheiten (Diabetes usw.)			_____
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV)			_____
Anfallsleiden			_____
Asthma/Lungenerkrankungen			_____
Blutgerinnungsstörung			_____
Allergien			_____
sonstige Erkrankungen			_____
Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein?			_____
Besteht eine Schwangerschaft?			Wenn ja, welcher Monat? _____
Rauchen Sie?			
Befinden/befanden Sie sich im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung?			Name des Hausarztes _____

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Für die regelmäßigen Kontrolltermine bieten wir Ihnen das Recallsystem an. Dabei werden Sie von uns per Karte oder telefonisch an einen neuen Termin erinnert. Wenn Sie dies wünschen sprechen Sie uns gern an.

Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Bei nicht eingehaltenen Terminen behalten wir uns vor, die entstandene Ausfallzeit in Rechnung zu stellen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____