

Zahnärzte im Max-Beckmann-Haus

www.zahnarzt-frankfurt.de



Dr. Christoph Hegerl

Dr. Frank Meckbach

Dr. Karsten Ringleb

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name und Vorname:

Straße:

Wohnort mit Postleitzahl:

Ihre eMail Adresse :

Geburtstag: Krankenkasse:

Telefon privat: Arbeitgeber:

Telefon tagsüber: Beruf:

Geburtsort:.....

Ihr Hausarzt:.....

Sind Sie bei **gesetzlicher Versicherung** Zusatzversichert oder freiwilliges Mitglied einer Krankenkasse

Sind Sie gegen COVID19 geimpft?	<input type="radio"/> vollst. Geimpft	<input type="radio"/> genesen	<input type="radio"/> heute getestet
Leiden Sie an Herz-/ Kreislaufkrankungen?.....	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja:.....	
Besteht eine HIV Infektion?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja:.....	
Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC etc.)?.....	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja:.....	
Leiden Sie an Diabetes ?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja:.....	
Innere Krankheiten (Endokarditis, Bluter, <u>Niere</u> ?.....	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja:.....	
Rheumatische Erkrankungen?.....	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja:.....	
Sind Ihnen Allergien bekannt (Asthma, Medikamente)?.....	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja:.....	
Sind Sie schwanger?.....	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja:.....	
Haben Sie eine Schilddrüsenfunktionsstörung (Jod)?.....	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja:.....	
Nehmen Sie Medikamente ein (die Pille)?.....	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja:.....	
Haben Sie einen Röntgenpass?.....	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja:.....	
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele pro Tag?.....	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja:.....	
Leiden Sie an Kopf-/ Nackenschmerzen?.....	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja:.....	
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?.....	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja: Tags / Nachts.....	
Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja:.....	
Sind Sie mit der momentanen Versorgung zufrieden?.....	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja:.....	
Haben Sie öfters Zahnfleischbluten?.....	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja:.....	
Wie alt ist vorhandener Zahnersatz (Brücken/Prothesen)	ca.:	

>>>Wer oder was (Portale/Google/Bekannt) hat Sie auf uns aufmerksam gemacht?

Ihr besonderer Beratungswunsch:.....

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Mit den Datenschutzbestimmungen (Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar) bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail (info@zahnarzt-frankfurt.de) widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Dem Versand von Recall-Karten (Erinnerungen) und Einladungen zu Praxisveranstaltungen stimme ich zu. Zum Schluss noch eine kleine Bitte für einen zügigen Praxisablauf: Da Sie bei uns möglichst keine Wartezeiten haben werden, möchten wir auch keine haben und Sie bitten, einen Termin, den Sie nicht einhalten können, so früh wie möglich (mind. 24 Std vorher) abzusagen, da wir ansonsten die vorgesehenen Leistungen in Rechnung stellen. Ein Anrufbeantworter steht Ihnen auch nachts zur Verfügung.

Datum und Unterschrift.....