

Aufnahmeblatt

Patient

Familienname
Vorname
Geburtsdatum
Wohnanschrift
Krankenkasse

männlich / weiblich / divers

E-Mail (wichtig)

Mobilnummer
Telefon privat
Terminerinnerung per SMS (kostenlos)

ja / nein

Versicherter (im Falle einer Abweichung von -Patient-)

Familienname
Vorname männlich / weiblich / diverse
Geburtsdatum
Wohnanschrift
Berufliche Tätigkeit

wie kamen Sie auf uns ?

Google Werbetafel Bahnhof Zeitschrift
 Empfehlung Sonstige _____

Anamnestische Fragen

Werden Medikamente eingenommen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Kreislauferkrankung (zB. Herzfehler)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Zuckerkrankheit?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Blutungsneigung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Infektionskrankheit (zB. HIV, Hepatitis)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sind Allergien bekannt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen angefertigt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Privatpatienten und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, werden die Kosten, die durch die Beratung und damit verbundenen vorbereitenden Maßnahmen entstehen, in Rechnung gestellt.

Alle Angaben sind freiwillig, vollständig und wahrheitsgemäß vorzunehmen. Sie sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und eine sachgerechte Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 Strafgesetzbuch, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Ich bin damit einverstanden, dass alle Abrechnungen über die Abrechnungsfirma PVS-dental GmbH erfolgen.

Berlin, den _____

Unterschrift: _____