



Dr. Annette Vietinghoff-Sereny  
Dr. Michael Sereny

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS !

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihnen eine bestmögliche Behandlung zu gewährleisten, benötigen wir von Ihnen ein paar Angaben zu Ihrer Person. Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient:

Name		Vorname		Geburtsdatum	
Straße			Nummer		
PLZ	Wohnort		E-Mail Adresse		
☎ tagsüber		☎ abends		📱 mobil	
Beruf			Arbeitgeber		

### Hauptversicherter: (nur ausfüllen, wenn nicht zugleich Patient)

Name		Vorname		Geburtsdatum	
Straße			Nummer		
PLZ	Wohnort				

### Ihr Hausarzt:

Name	Straße / Ort		Telefon
------	--------------	--	---------

### Grund für Ihren Besuch:

- Beratung
- Routinekontrolle
- Schmerzbeseitigung
- Grundlegende Sanierung

Empfehlung durch

Sonstiges

### Krankenkasse oder Versicherung:

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja  Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja  Nein

Wünschen Sie eine regelmäßige Terminerinnerung? (Recall) Ja  Nein

Für Patienten einer gesetzlichen Krankenversicherung:

Ich bin . . . Pflichtmitglied  freiwilliges Mitglied

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie die folgenden Fragen vollständig zu beantworten. Falls Sie dazu Fragen haben, wenden Sie sich vertrauensvoll an uns.

**Haben oder hatten Sie gesundheitliche Probleme mit:**

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

	ja	nein	unbekannt
- Herzerkrankung, wenn ja, welcher Art <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Haben Sie einen Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kreislauf, Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Blutungsneigung, Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Allergien, Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gegen: - Medikamente: <input type="text"/>			
- Metalle: <input type="text"/>			
- Sonstiges: (z.B. Latex, Heuschnupfen) <input type="text"/>			
- Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Leberkrankheit, Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sonstige Erkrankungen: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie zur Zeit noch in ärztlicher Behandlung?**

Ja

Nein

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?**

**Gab es bei früheren Zahnbehandlungen Zwischenfälle?**

Ja

Nein

Für unsere Patientinnen:

Bitte informieren Sie uns sofort bei einer Schwangerschaft.

Geben Sie bitte jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes sofort an.

Die Richtigkeit meiner Angaben bestätige ich durch meine **1. Unterschrift:**

Datum

\_\_\_\_\_  
1. Unterschrift

**Hiermit nehme ich folgendes zur Kenntnis:**

**Termine, die nicht 24 Std. vorher abgesagt werden, können in Rechnung gestellt werden.**

\_\_\_\_\_  
2. Unterschrift