



DR. MED. DENT.

FEE WIESINGER

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis! Bevor wir mit der Beratung oder der Behandlung beginnen, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine weitestgehend komplikationsfreie Behandlung. Dieser Fragebogen und die darauf angegebenen Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Daten

Name _____ Vorname _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Wohnort _____

geboren am _____ in _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Angaben zur Versicherung

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? _____

Sind Sie privat versichert? Ja Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Recallservice

Um Ihre Zähne zu schützen und Ihre Mundgesundheit zu verbessern, bieten wir Ihnen einen Erinnerungsservice an.

Sie werden kostenfrei von uns digital oder per Postkarte an die nächste Kontrolle und Zahnreinigung erinnert.

Möchten Sie unseren kostenfreien Service künftig in Anspruch nehmen?

Ja Nein

Einwilligungserklärung des Patienten

Ich willige in die elektronische Verarbeitung, Speicherung und Nutzung meiner Daten zu Zwecken der Durchführung und Dokumentation von Untersuchung und Behandlung ein. Die Daten dürfen im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu Zwecken der Mitbehandlung und Abrechnung an mitbehandelnde Ärzte und Zahnärzte, Kostenträger sowie andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung übermittelt werden.

München, den _____

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)

Bitte wenden

Anamnese

Für unsere Patientinnen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt!

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Blutdruck: niedrig normal hoch

Herzerkrankungen / Herzrhythmusstörungen

Ja Nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Ja Nein

Nehmen Sie Blutverdünner? (z.B. ASS, Marcumar)

Ja Nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

Ja Nein

Infektionskrankheiten (HIV / Hepatitis)

Ja Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung

Ja Nein

Besondere momentane Anliegen _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet Empfehlung von _____ Sonstiges

München, den _____

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)

ZUSATZ - PRAXIS ROTKEHLCHENWEG

Ich bin heute zur ärztlichen Behandlung bei Frau Dr. Fee Wiesinger erschienen.

Einer Einsichtnahme in meine bisher durch Frau Dr. Evelyn Schubert geführten Patientenunterlagen durch Frau Dr. Fee Wiesinger stimme ich ausdrücklich zu.

Ja Nein

Ich habe diesen Anmeldebogen gelesen und verstanden. Zu meiner näheren Information hatte ich Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich verpflichte mich, Änderungen, die sich während der Behandlung ergeben, dem behandelnden Arzt mitzuteilen.

München, den _____

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)