



# VICARI

## Zahnarztpraxis

Patient  
Frau / Herr / Kind

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Nummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Zahlungspflichtiger\*

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Nummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Versicherung

- privatversichert
- gesetzlich versichert
- Private Zusatzversicherung

\_\_\_\_\_  
Beruf des Zahlungspflichtigen\*

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Arbeitgebers (Straße, Ort, Telefon)

**Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Bitte teilen Sie uns auch zukünftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!**

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a) Asthma (schwere Atemnot)  ja  nein

b) Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen  ja  nein

c) Unverträglichkeit von Medikamenten  ja  nein

ggf. welche? \_\_\_\_\_

d) Blutdruck  hoch  normal  niedrig

ggf. Werte? \_\_\_\_\_

e)  Schlaganfall  Lähmungen

Herzinfarkt oder Herzerkrankung  nein

ggf. wann? \_\_\_\_\_

f)  Gelbsucht / Hepatitis  Leberkrankheiten

HIV  nein

ggf. wann? \_\_\_\_\_

g) Zuckerkrankheit  ja  nein

h) Rheuma  ja  nein

i) Bluterkrankungen  ja  nein

Blutgerinnungsstörungen  ja  nein

j) Kreislaferkrankungen  ja  nein

k) Nierenerkrankungen  ja  nein

l) Schilddrüsenerkrankungen  ja  nein

m) Epilepsie  ja  nein

n) trockener Alkoholiker  ja  nein

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

3. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?  ja  nein

4. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_

5. Nehmen Sie zur Zeit / regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

ggf. welche? \_\_\_\_\_

6. Besteht eine Schwangerschaft?  ungewiss  ja  nein

ggf. wievielte Woche? \_\_\_\_\_

7. Sonstige Angaben / Andere Krankheiten

---

---

---

**Dürfen wir Sie an Ihre Vorsorgetermine erinnern?**

ja

nein

**Haben Sie in Bezug auf Ihre Behandlung besondere Wünsche?**

---

---

**Gibt es Themen im Bereich Zahngesundheit zu denen Sie Beratung wünschen?**

---

---

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

Internet

Doctolib

Zeitung

Empfehlung ggf. durch wen?

Sonstiges

Sehr geehrter Patient!

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet in der Regel für Sie nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt wird. (§§ 304, 615 BGB).

Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Bei einem solchen Nottermin ist auch nur eine Notversorgung möglich.

**Wichtig für gesetzlich krankenversicherte Patienten:**

Wird die Krankenversichertenkarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt private Rechnungslegung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

---

Datum

---

Unterschrift des Zahlungspflichtigen\*

\* Zahlungspflichtiger = Rechnungsempfänger, bei volljährig Mitversicherten der o.g. Patient, bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter