



DR. MED. DENT. JASON INAN
Zahnarztpraxis am Karlstor

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: _____

geb. am: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert **ja** [] **nein** []

Freiwillig versichert **ja** [] **nein** []

Haben Sie eine private Zusatzversicherung **ja** [] **nein** []

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [] **nein** []

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Standardtarif? **ja** [] **nein** []

Basistarif? **ja** [] **nein** []

Studentisch versichert? **ja** [] **nein** []

Beihilfeberechtigt? **ja** [] **nein** []

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____

Versicherter: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____



DR. MED. DENT. JASON INAN
Zahnarztpraxis am Karlstor

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	ja []	nein []
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja []	nein []
Hoher Blutdruck	ja []	nein []
Niedriger Blutdruck	ja []	nein []
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja []	nein []
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja []	nein []
Rheuma	ja []	nein []
Diabetes	ja []	nein []
Schilddrüsenerkrankung	ja []	nein []
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja []	nein []
Magen- / Darmerkrankung	ja []	nein []
Nierenerkrankung	ja []	nein []
Lungenerkrankung / Asthma	ja []	nein []
Krebserkrankung	ja []	nein []
Therapie mit Bisphosphonaten	ja []	nein []
Osteoporose	ja []	nein []
Infektionserkrankung	ja []	nein []
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja []	nein []
Epilepsie	ja []	nein []
Neurologische Erkrankungen	ja []	nein []
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? Wenn ja, welche?	ja []	nein []

Allergien ja [] nein []
Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja [] nein []
Wenn ja, bei welchen?

Sind Sie Raucher? ja [] nein []
Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja [] nein []
Wenn ja, in welchem Monat?

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja []	nein []
Zahnschmerzen	ja []	nein []



DR. MED. DENT. JASON INAN
Zahnarztpraxis am Karlstor

Sie sind uns wichtig

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden:

Homepage	ja []	nein []
Bewertungsportal	ja []	nein []
Sonstiges		

Dürfen wir Sie an Ihre regelmäßigen Kontroll- und Vorsorgetermine erinnern?	ja []	nein []
---	--------	----------

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Der Erfolg einer Behandlung hängt wesentlich von der Einhaltung und tatsächlichen Durchführung der vereinbarten Termine ab. Um sicherzustellen, dass möglichst geringe Wartezeiten während Ihres Besuches in unserer Praxis entstehen, bitten wir Sie höflichst um Pünktlichkeit. Wir weisen darauf hin, Termine mindestens 1 Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können. Wir behalten uns vor, die Ausfallzeit für nicht eingehaltene Termine in Rechnung zu stellen (Termine ab 30 Minuten 50€).

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

Datum Unterschrift _____