



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir heißen Sie "HERZLICH WILLKOMMEN" in der Praxis Dr. Lange & Kollegen und bedanken uns für Ihr Vertrauen. Bitte füllen Sie die nachfolgenden Angaben vollständig aus. Teilen Sie bitte unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit. Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Patient/in

Herr / Frau / Kind

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon privat

Telefon geschäftlich

Telefon mobil

Email

Mitglied / Zahlungspflichtige/r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Name der Krankenkasse oder Versicherung

gesetzlich versichert

privat versichert

Sonstiges:

Zahnzusatzversicherung

beihilfeberechtigt

Beruf des Mitgliedes

Arbeitgeber:

Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte Ankreuzen)

Asthma (schwere Atemnot)

Osteoporose

Herzinfarkt

Hepatitis A / B / C (Gelbsucht)

Zuckerkrankheit

Anfallsleiden (Epilepsie)

Herzschrittmacher

HIV-Infektion

Schilddrüsenerkrankung

Rheuma

Blutgerinnungsstörungen

TBC

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)

Blutdruck

niedrig

normal

hoch

ggf. Werte:

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

ja

nein

Schnarchen Sie?

ja

nein

Rauchen Sie?

ja

nein

Besteht eine Schwangerschaft?

ja

nein

ungewiss

Geburtstermin:

Allergische Reaktionen / Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien / Sonstiges / andere Krankheiten

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

ja

nein

ggf. welche:

Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und stimme der elektronischen Bearbeitung, Nutzung und Speicherung meiner Daten nach EU DSGVO, bis auf Widerruf, ausdrücklich zu. Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind auf Wunsch in der Praxis einsehbar.

Datum

Unterschrift Patient