

**Dr. med. dent. Peer Kanofsky**

Am Marktplatz 16 · 64521 Groß-Gerau · Telefon: 06152 2224  
zahnaerzte-am-marktplatz.com · E-Mail: info@zahnaerzte-am-marktplatz.com

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen möchten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht, den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und werden elektronisch von uns gespeichert. Fragen Sie bei Unklarheiten bitte im persönlichen Gespräch nach.

Patienten-Name: _____ Geburtsdatum: _____ Straße: _____ PLZ/Ort: _____ Telefon Privat: _____ Telefon Mobil: _____ Telefon Arbeit: _____ E-Mail: _____ Beruf/Arbeitgeber: _____ Hausarzt/Ort: _____	Krankenversicherung gesetzlich privat Basistarif Name der Versicherung: _____ beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Versicherter: _____ Geburtsdatum: _____ Straße: _____ PLZ/Ort: _____ Zahnzusatzversicherung vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	--

### Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

(Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen)

1. Allergien (Wenn ja, welche?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ 2. Leiden Sie an Zuckerkrankheiten – Diabetes (Wenn ja, welcher Typ?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ 3. Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 3.1 Hepatitis A, B, C / Gelbsucht Lebererkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 3.2 AIDS / HIV <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 3.3 Tuberkulose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 4. Anfallsleiden (Epilepsie) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 5. Asthma, Atemnot <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 6. Haben Sie Bluterkrankungen oder abnorme Blutungsneigungen bzw. Blutgerinnungsstörungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	7. Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen? 7.1 <input type="checkbox"/> Hoher <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck 7.2 Herzklappenfehler / -ersatz / Endokarditis / Herzschrittmacher / Herzinfarkt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 8. Magen-Darm-Erkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 9. Nierenerkrankungen oder -anomalien <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 10. Rheuma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 11. Schlaganfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 12. Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 13. Ohnmachtsneigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 14. Osteoporose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 15. Andere Erkrankungen (welche?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ _____ _____
--	--

Dr. med. dent. Peer Kanofsky

Am Marktplatz 16 · 64521 Groß-Gerau · Telefon: 06152 2224  
zahnaerzte-am-marktplatz.com · E-Mail: info@zahnaerzte-am-marktplatz.com

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?**

(Wenn Sie mit ja antworten bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen)

16. Hatten Sie Reaktionen auf Betäubungsspritzen oder andere Medikamente? (Wenn ja, welche?) ja  nein

---

---

---

17. Nehmen Sie Medikamente oder pflanzliche Mittel ein? ja  nein

Marcumar  Bisphosphonate  andere

---

18. Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? (Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?) ja  nein   
unsicher

---

19. Wann wurden Ihre Zähne das letzte Mal geröntgt?

---

20. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

persönliche Empfehlung von \_\_\_\_\_

---

Internet / Homepage

Praxisschild

Telefonbuch / Das Örtliche

Gelbe Seiten

sonstiges: \_\_\_\_\_

---

21. Besitzen Sie ein Bonusheft? ja  nein

22. Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorge- / Kontrolltermin erinnert werden? ja  nein

**Wichtige Informationen:**

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden daher streng vertraulich behandelt.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich ausdrücklich zu.

Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich diese Informationen gelesen und verstanden habe.

Um die Wartezeiten möglichst gering zu halten, führen wir unsere Praxis nach dem Bestellprinzip. Das heißt, dass wir im Vorfeld eine bestimmte Behandlungszeit für Sie einplanen. Falls Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie rechtzeitig vorher abzusagen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift