



## Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Anliegen und Wünsche unterhalten, brauchen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen helfen können. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Praxis Dr. Anne Henrich

Ihre Patientendaten:

Frau / Herr / Kind

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

falls familienversichert,  
die Daten des  
Versicherten

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

Ihre Anschrift

\_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer Telefon/ Handy

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort Telefon tagsüber

Arbeitgeber

\_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie entsprechend an:

Ich bin gesetzlich in der Krankenkasse versichert

Ich bin privat versichert , und zwar bei der Versicherung \_\_\_\_\_

Möchten Sie an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung gemäß Vorsorgepass (Bonusheft) erinnert werden? Ja  Nein

Wir sind eine Bestellpraxis, daher möchten wir Ihnen bitte wichtige Hinweise zur Organisation geben: Wir werden, falls erforderlich, mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten. Die vereinbarten Termine werden ausdrücklich für Sie freigehalten. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Sie werden daher gebeten, die Termine unbedingt bitte einzuhalten oder rechtzeitig, mindestens 24 Stunden vorher, abzusagen.

# Aufnahmebogen

Was ist der Grund ihres Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

Knirschen Sie nachts mit den Zähnen Ja  Nein

Hätten Sie gerne eine hellere Zahnfarbe Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Blutverdünner, wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Kreislaufbeschwerden  / Bluthochdruck

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Bitte kreuzen sie entsprechend an:

Hepatitis A  Hepatitis B  Hepatitis C  HIV/ Aids  Asthma  Tuberkulose   
Zuckerkrankheit, Diabetes  Epilepsie

Haben Sie sonstige Erkrankungen, wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Bestehen **Allergien** oder Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn, ja welche?

\_\_\_\_\_

Schwangerschaft , wenn ja, welche Woche: \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie zur DSGVO unsere Datenschutzerklärung unter [www.dr-anne-henrich.de](http://www.dr-anne-henrich.de),  
alternativ liegt sie im Wartezimmer aus.

Einverständniserklärung: Ich bestätige mein Einverständnis mit der o.a. Datenschutzerklärung, insbesondere mit der Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten im Sinne der DSGVO zu zahnmedizinischen Zwecken. Ich kann die Erklärung jederzeit widerrufen.

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

Vielen Dank für Ihre Mithilfe ! Bitte teilen Sie uns Änderungen der Angaben baldmöglichst mit.  
Und bitte faxen Sie diesen Aufnahmebogen nicht, sondern bringen Sie ihn ausgefüllt und im Original einfach in die Praxis mit.

Ihr Team der Zahnarztpraxis Dr. Anne Henrich