



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir heißen Sie „HERZLICH WILKKOMMEN“ in der Praxis Zahnmedizin Ingelheim – Dr. Johannes Christmann und bedanken uns für Ihr Vertrauen. Bitte füllen Sie die nachfolgenden Angaben vollständig aus. Teilen Sie bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus unserer Praxis mit. Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Patient / in

Herr/Frau/Kind

Name Vorname Titel 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 privatversichert 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
Zuckerkrankheit	Epilepsie	Herzschrittmacher	TBC
Schilddrüsenerkrankung	Blutgerinnungsstörungen	Rheuma	HIV-Infektion
Creutzfeld-Jakob-Krankheit			SARS-CoV-2 (Covid 19)

Blutdruck niedrig normal hoch ggf. Wert

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? nein ja

Schnarchen Sie? nein ja

Rauchen Sie? nein ja

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja ungewiss Geburtstermin?

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

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? nein ja ggf. welche

Wie / durch wen wurden Sie auf uns 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.

Auch bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass meine Daten im Zuge der Praxisverwaltung und Erstellung von Behandlungsplänen sowie Heil- und Kostenplänen und deren Abrechnung von Winter Praxismanagement eingesehen und bearbeitet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient