



# Zahnarztpraxis am Mierendorffplatz Oschatz + Meinecke

Zahnärzte - Zahntechniker - Praxislabor

Mierendorffplatz 10  
10589 Berlin

T 030 34 50 2403

F 030 34 50 2404

[www.oschatz-meinecke.de](http://www.oschatz-meinecke.de)  
[info@oschatz-meinecke.de](mailto:info@oschatz-meinecke.de)

## Herzlich willkommen.

Für eine individuelle auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Ihre Informationen unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns vertraulich behandelt. Sollten Sie beim Ausfüllen des Fragebogens Unterstützung benötigen, wir helfen Ihnen gern.

### Patient

Vorname

Name

Geburtsdatum

### Mitglied bzw. Versicherter

Vorname

Name

Geburtsdatum

### Anschrift

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

### Erreichbarkeit

Telefonnummer privat

Mobilnummer

E-Mail

### Krankenkasse

Name der Krankenkasse

- gesetzlich versichert  
 Zusatzversicherung  
 Kostenerstattung

- privat versichert  
 Beihilfe  
 Standard-/Basistarif

### Beruf

Bezeichnung

Telefonnummer geschäftlich

### Arzt

Name des Hausarztes

Name des Kieferorthopäden

Behandlungsbeginn

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

#### Recall-Service

Ich möchte an Vorsorge  
termine regelmäßig  
erinnert werden

- ja  nein

- professionelle Zahnreinigung  
 allgemeine Vorsorge  
 Kinderprophylaxe

- Brief  
 Telefon  
 E-Mail

Ich kann diese Entscheidung, in das Recallsystem meiner Praxis aufgenommen zu werden, jeder Zeit widerrufen.

## Allgemein

Ich bin ein **Angstpatient**

ja  nein

Ich neige zu **Ohnmacht**

ja  nein

Es besteht eine **regelmäßige Medikamenteneinnahme**

ja  nein

---

Welche Medikamente?

Es besteht eine **Allergie** oder **Unverträglichkeit**

ja  nein

Seit wann?

Gegen welche Stoffe oder Medikamente?

Regelmäßiger Konsum von  Tabak  Alkohol  Drogen

Es besteht eine **Schwangerschaft**  ja  nein

Voraussichtlicher Geburtstermin

## Erkrankungen

Herzerkrankung

niedriger /  hoher Blutdruck

Herzschrittmacher

Herzinfarkt, wann \_\_\_\_\_

Herzinsuffizienz

Blutgerinnungsstörung

Schlaganfall, wann \_\_\_\_\_

Krebserkrankung

in Strahlen- / Chemo-Therapie

immunsuppressive Erkrankung

HIV / AIDS-Infektion

Lebererkrankung,  Gelbsucht  A  B  C

Diabetes Mellitus,  Typ 1  Typ 2

Schilddrüsenüberfunktion,  -unterfunktion

Magen-Darmerkrankung

Lungenerkrankung / Asthma

Nierenfunktionsstörung

Epilepsie

Rheuma

andere Erkrankung: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Verarbeitung und Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Ich teile meiner Praxis auch künftig Änderungen meiner Adresse, meiner Versicherung und meines Gesundheitszustandes mit. Die Aktualisierung dieses Fragebogens erfolgt alle zwei Jahre.

**Patienten können Termine spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin kostenlos absagen. Das danach entstehende Ausfallhonorar entfällt, wenn das Nichterscheinen unverschuldet ist.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient