



Kontakt:
www.zahnmedizin-paderborn.de
info@zahnmedizin-paderborn.de
Telefon: 05251 398890
Florianstraße 6, 33102 Paderborn

DR. H. GRIMM-WIEGAND
DR. S. ZACHARIAS-LEVERMANN (ANGE.)
DR. H. FREITAG (ANGE.)

Patient: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
ggf. Pflegestufe: _____ Geburtsort: _____
Versicherter: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
Adresse: _____
Telefon: _____ Mobil: _____ Geschäftlich: _____
Krankenkasse: _____
Hausarzt: _____

Erkrankungen/Besonderheiten (ggf. ankreuzen)

1. Herz-/Kreislaufkrankungen (Herzschrittmacher, Bluthochdruck) _____
2. Diabetes (Tabletten oder Spritzen)
3. Blutübertragung, wenn ja, wann: _____
4. Blutverdünnung (Marcumar, ASS o. a.)
5. Dialysepatient, Nierenerkrankung
6. Hepatitis, wenn ja, wann: _____
7. Infektiöse Krankheiten (HIV, Gelbsucht etc.) wenn ja, welche: _____
8. nehmen sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche: _____
9. Arzneimittelüberempfindlichkeit / Allergien? _____
10. Schwangerschaft (____) Monat
11. Wünschen Sie eine schriftliche Erinnerung für die Kontrolle und professionelle Zahnreinigung?
(Serviceleistung) **ja** **nein**
12. Wünschen Sie eine Terminerinnerung per SMS
(Serviceleistung) **ja** **nein**

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Gibt es sonst noch etwas was wir wissen müssen? **(freiwillig)**

Um den hohen Verwaltungsaufwand reduzieren zu können, haben wir die Abrechnung unserer Leistungen an die PVS Dental (privat-zahnärztliche Verrechnungsstelle) übertragen. Sie werden gebeten durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis zu erteilen, dass die Daten an die PVS Dental übermittelt werden und die Rechnungsforderungen an die PVS abgetreten werden können.

Durch ehrliche Beantwortung der o. g. Fragen habe ich alles getan um eventuelle Schäden von mir und anderen abzuwenden.

Datum

Unterschrift