

# Dr. Alexander Weih Dipl.-Stom. Matthias Stille

Hermann-Löns-Straße 4  
90411 Nürnberg  
Telefon 0911 - 52 98 595  
www.ab-zum-zahnarzt.de

Zahnärzte

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,*

wir möchten Sie herzlich in unserer Praxis willkommen heißen. Um Ihre Behandlung angenehm und komplikationslos gestalten zu können, benötigen wir folgende Angaben von Ihnen.

**Patient:**

\_\_\_\_\_  
(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

**Versicherter:**

\_\_\_\_\_  
(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

**Anschrift:**

\_\_\_\_\_  
(Straße, Postleitzahl, Ort)

\_\_\_\_\_  
(Telefon Privat) (Telefon Geschäftlich)

**Sonstiges:**

\_\_\_\_\_  
(Beruf) (Arbeitgeber)

\_\_\_\_\_  
(Krankenkasse)

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- Praxisschild gesehen
- Wohne in der Nähe, kenne die Praxis
- Anzeige im Telefonbuch
- Wurde empfohlen, von:  
\_\_\_\_\_

- Besteht eine private Zahnzusatzversicherung?  Ja  Nein
- Bei Privatpatienten: Versicherung im Standardtarif?  Ja  Nein
- Haben Sie eine Rezeptgebührenbefreiung?  Ja  Nein
- Möchten Sie – bei Bedarf – Informationen über Zusatzleistungen mit Zuzahlung wie Implantate oder die professionelle Zahnreinigung?  Ja  Nein
- Wünschen Sie regelmäßige Erinnerungsschreiben für Ihren Zahnarztbesuch (in der Regel alle 6 Monate)?  Ja  Nein

**Gesundheitsangaben:**

Leiden Sie an...

- ...Herz-/Kreislaufkrankungen?  Ja  Nein \_\_\_\_\_
- ...Infektionserkrankungen (Hepatitis, Tbc, HIV)?  Ja  Nein \_\_\_\_\_
- ...inneren Erkrankungen (Diabetes, Nierenfunktionsstörungen etc.)?  Ja  Nein \_\_\_\_\_
- ...Arzneimittelüberempfindlichkeiten (Penicillin etc.)?  Ja  Nein \_\_\_\_\_
- ...Blutgerinnungsproblemen?  Ja  Nein \_\_\_\_\_
- ...sonstigen Erkrankungen?  Ja  Nein \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie Medikamente ein?  Ja  Nein \_\_\_\_\_
- Besitzen Sie einen Herzpass?  Ja  Nein \_\_\_\_\_
- Besitzen Sie einen Allergiepasse?  Ja  Nein \_\_\_\_\_
- Sind Sie Schwanger?  Ja  Nein Woche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters)