



**Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,**

wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis besuchen. Wir führen eine Bestellpraxis, das bedeutet für Sie in der Regel nur kurze Wartezeiten. Dafür bitten wir Sie vereinbarte Termine spätestens 1 Tag vorher abzusagen.

**Hinweis gesetzliche Versicherung**

Bei Nichtvorlage der Krankenversicherungskarte bis spätestens 10 Tage nach dem 1. Termin erhalten Sie eine Privatrechnung, mit der Sie sich durch Ihre Unterschrift einverstanden erklären.

**Hinweis private Versicherung**

Die Rechnungsstellung erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte. Material- und Laborkosten werden gemäß GOZ §9 berechnet.

Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen dem Datenschutz sowie der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Hinweise zur Datenverarbeitung zur Kenntnis genommen zu haben.

Ihre Zahnärzte  
DR. BLEUEL & KOLLEGEN

**PATIENT/IN**

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_  
Telefon mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

**VERSICHERTER**  
(falls abweichend)

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_  
Telefon mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?  
\_\_\_\_\_

**Bitte Rückseite ausfüllen!**

**Kontakt**

Tel +49 (0) 8382 277 6074  
Mail praxis@dr-bleuel.de  
Web www.zahnarzt-in-lindau.de

**Öffnungszeiten**

Mo - Fr 8<sup>00</sup> - 13<sup>00</sup>  
Mo Di Do 14<sup>00</sup> - 18<sup>00</sup>  
nach Vereinbarung

**Bankverbindung**

Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
IBAN DE02 3006 0601 0028 7107 64  
BIC DAAE DEDDXXX



## IHRE GESUNDHEIT

Vor der Behandlung benötigen wir folgende Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand um mögliche Risiken während und nach einer Behandlung oder Medikation zu vermeiden.

### Herz-/Kreislaufkrankungen

Hoher Blutdruck  ja  nein  
Niedriger Blutdruck  ja  nein  
Herzklappenfehler  ja  nein  
Herzklappenersatz  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein  
Endokarditis  ja  nein  
Herzoperation  ja  nein

### Immunsupprimierte Patienten

Hochgradige Neutropenie  ja  nein  
Mukoviszidose-Erkrankung  ja  nein  
Organtransplantiert  ja  nein  
Stammzellentransplantiert  ja  nein

### Infektiöse Erkrankungen

HIV-Infektion/Stadium AIDS  ja  nein  
Lebererkrankung/Hepatitis  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
MRSA  ja  nein  
Creutzfeld-Jakob-Krankheit  ja  nein

### Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie/Spritzen  ja  nein  
Antibiotika  ja  nein  
Schmerzmittel  ja  nein  
Metalle  ja  nein

### Sonstige Krankheitsbilder

Anfallsleiden (Epilepsie)  ja  nein  
Asthma/Lungenerkrankung  ja  nein  
Blutgerinnungsstörungen  ja  nein  
Diabetes/Zuckerkrankheit  ja  nein  
Drogenabhängigkeit  ja  nein  
Nervenerkrankung  ja  nein  
Nierenerkrankungen  ja  nein  
Ohnmachtsanfälle  ja  nein  
Osteoporose Erkrankung  ja  nein  
Raucher  ja  nein  
Rheuma/Arthritis  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
Sonstige Krankheiten \_\_\_\_\_

### Einnahme von Medikamenten

Bisphosphonate  ja  nein  
Chemotherapie  ja  nein  
Strahlentherapie  ja  nein  
Steroide/Immunsuppressiva  ja  nein  
Weitere \_\_\_\_\_  
Operationen \_\_\_\_\_

### Schwangerschaft

Besteht eine Schwangerschaft  ja  nein  
Wenn ja, in welchem Monat \_\_\_\_\_