Aufnahmeformular für Neupatienten

# New Patient Registration Form

Praxis für Zahnmedizin
Dr. Olivia Schallmayer

## Patient Information *Angaben zum Patienten*

Surname: *Familienname* _____ First Name: *Vorname* _____

Middle Name(s): *zweiter Vorname* _____ Date of birth: *Geburtsdatum* _____

Occupation: *Beruf* _____

☐ Female *weiblich* ☐ Male *männlich*

Address in Germany: *Anschrift in Deutschland*

Street: *Straße* _____

Zip Code/City: *PLZ/Stadt* _____

Phone: *Telefon* _____ Mobile: *Handy* _____

E-Mail: _____

Home Address (if different from the address given above): *Heimatanschrift (falls sie sich von der o.g. Adresse unterscheidet)*

Street: *Straße* _____

Zip Code/City: *PLZ/Stadt* _____

Country: *Land* _____ Phone: *Telefon* _____

## Insurance Information *Angaben zur Versicherung*

Health Insurance: *Krankenversicherung* ☐ Yes *Ja* ☐ No *Nein*

German Health Insurance: *Versicherung in Deutschland* _____

Number: *Versicherungsnummer* _____

European Health Insurance: *Europäische Versicherung* _____

Number: *Versicherungsnummer* _____

## Invoice Information *Informationen zur Rechnung*

Invoice Address: *Rechnungsadresse*

Street: *Straße* _____

Zip Code/City: *PLZ/Stadt* _____

Country: *Land* _____

## Contact information of the attending doctor/clinic *Kontaktinformationen des behandelnden Arztes/Krankenhauses*

Street: *Straße* _____

Zip Code/City: *PLZ/Stadt* _____

Country: *Land* _____ Phone: *Telefon* _____

E-Mail: _____

see reverse

## Known Diseases of Patient *Bekannte Erkrankungen des Patienten*

| | | |
|---|---|---|
| Heart attack *Herzinfarkt* | ☐ Yes | ☐ No |
| Thrombosis *Thrombose* | ☐ Yes | ☐ No |
| Diabetes *Diabetes* | ☐ Yes | ☐ No |
| Asthma *Asthma* | ☐ Yes | ☐ No |
| Thyroid diseases *Schildrüsenerkrankungen* | ☐ Yes | ☐ No |
| Liver diseases *Lebererkrankungen* | ☐ Yes | ☐ No |
| Cancer *Krebs* If so, what kind? *Wenn ja, welcher?* _____ | ☐ Yes | ☐ No |
| Stroke *Schlaganfall* | ☐ Yes | ☐ No |
| Hypertension *Bluthochdruck* | ☐ Yes | ☐ No |
| Epilepsy *Epilepsie* | ☐ Yes | ☐ No |
| Rheumatism *Rheuma* | ☐ Yes | ☐ No |
| Kidney diseases *Nierenerkrankungen* | ☐ Yes | ☐ No |
| Others *Andere* If so, what kind? *Wenn ja, welche?* _____ | ☐ Yes | ☐ No |

## Infectious Disease *Infektionserkrankungen*

| | | |
|---|---|---|
| Hepatitis *Hepatitis* | ☐ Yes | ☐ No |
| HIV/Aids *HIV/Aids* | ☐ Yes | ☐ No |
| Tuberculosis *Tuberkulose* | ☐ Yes | ☐ No |

## Other *Sonstiges*

| | | |
|---|---|---|
| Do you take any medication on a regular basis? *Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?* | ☐ Yes | ☐ No |
| If so, what kind? *Wenn ja, welche?* _____ | | |
| Allergies *Allergien* | ☐ Yes | ☐ No |
| If so, what kind? _____ | | |
| Have you had any operations? *Hatten Sie Operationen?* | ☐ Yes | ☐ No |
| If so, what kind? *Wenn ja, welche?* _____ | | |
| For our female patients: Are you pregnant? *Für unsere weib.Patienten: Sind Sie schwanger?* | ☐ Yes | ☐ No |
| If so, what week of pregnancy? *Wenn ja, welche SSW?* _____ | | |

## Symptoms and lifestyle habits *Symptome und Lebensgewohnheiten*

| | | |
|---|---|---|
| I often suffer from headaches. *Ich leide oft an Kopfschmerzen.* | ☐ Yes | ☐ No |
| Smoking *Rauchen* | ☐ Yes | ☐ No |
| If so, how many cigarettes per day? *Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?* _____ | | |

With my signature I receive the rightness and completeness of denoted data.

Many thanks for your cooperation!

✘ _____

Date *Datum*
*Datum*

Patient's Signature/Signature of parent/legal representative
*Unterschrift des Patienten/Unterschrift der Eltern/des gesetzlichen Vertreters*