



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir gemeinsam Ihre zahnmedizinischen Anliegen besprechen, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Angaben. Für eine adäquate und risikoarme Behandlung sind vor allem medizinische Informationen wichtig. Bitte wenden Sie sich jederzeit vertrauensvoll an uns, wenn Sie Rückfragen oder Anmerkungen haben. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTENDATEN

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
geboren am	<input type="text"/> in <input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>	Arbeitgeber	<input type="text"/>

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Name, Vorname Geb.datum:

Wie sind Sie versichert? gesetzlich pflichtversichert freiwillig mit Zahnzusatzversicherung
 privat bei Standard-Tarif Basis-Tarif als Student

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lächeln? unzufrieden 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr zufrieden

ERKLÄRUNG

Bitte erinnern Sie mich an meinen nächsten Vorsorgetermin per

Post E-Mail Telefon (Mehrfachnennung möglich).

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 48 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Haar, den _____ Unterschrift _____



PATIENT

Vorname

Name

GESUNDHEITSFRAGEN

Herzschwäche N J
Herzklappenersatz N J
Herzfehler N J
Herzrythmusstörungen N J
Angina pectoris (Herzasthma) N J
Endokarditis N J
Herzinfarkt N J
Wenn ja, wann? _____

KREISLAUFERKRANKUNGEN

Zu hoher Blutdruck N J
Zu niedriger Blutdruck N J
Blutungsneigung/Bluterkrankung N J
Nehmen Sie Blutgerinnungsmedikamente?
Wenn ja, welche? (Marcumar, ASS, Plavix) N J

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Anfallsleiden (Epilepsie) N J
Sonstige _____

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Diabetes N J
Magen-/ Darmerkrankungen N J
Schilddrüsenerkrankungen N J
Nierenerkrankungen N J
Lebererkrankungen N J
Osteoporose N J
Reumathische Erkrankungen N J
Hatten Sie je eine andere ernsthafte Krankheit? N J

Werden oder wurden Sie gegen eine oder mehrere Erkrankungen behandelt?
Wenn ja, gegen welche und wann? _____

ALLERGIEN

Asthma N J
Heuschnupfen N J
Natriumbicarbonat N J
Glycine N J
Penicilin N J
Latex N J
Sonstige Medikamente N J

Andere Stoffe N J

Besitzen Sie einen Allergiepass?
Überempfindlichkeit gegen N J

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Leberentzündung/Gelbsucht
(Hepatitis A oder B) N J
Tuberkulose N J
Chronische Atemwegserkrankungen N J
HIV/Aids N J
Leiden Sie an einer Erkrankung des
Immunsystems? N J
Wenn ja, welche? _____

Sind/waren Sie alkohol-/drogenabhängig? N J
Sind Sie frisch operiert? N J
Wann und wo? _____

Leiden oder litten Sie an einer
Krebserkrankung? N J
Wenn ja, welche? _____

Haben oder hatten Sie eine Chemotherapie
oder eine Betstrahlungstherapie? N J
Wenn ja, wann? _____

Sind Sie Raucher? N J
Wenn ja, wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich? _____

Für unsere weiblichen Patienten:
Sind Sie schwanger? N J
Wenn ja, in welchem Monat? _____