

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine risikofreie und umfassende Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient	Name:	Vorname:	geb.
Mitglied	Name:	Vorname:	geb.
Anschrift	Straße / Nr.:		PLZ / Ort:
Telefon	privat:		dienstl./tagsüber:
Arbeitsstelle	Beruf:		

Krankenkasse/
Krankenversicherung: _____

Sind Sie freiwillig versichert? Ja Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Leiden Sie unter den folgenden Erkrankungen:

- ① Herz-Kreislauf-Erkrankungen
(Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher)
- ② Bluterkrankungen
(Gerinnungsstörung, Blutarmut)
- ③ Infektionskrankheiten
(Hepatitis, HIV/Aids, Tuberkulose)
- ④ Allergien/Unverträglichkeiten
(gegen Medikamente/Stoffe, Astma, Heuschnupfen u.s.w.)
- ⑤ Suchtmittelabhängigkeit
(Medikamente, Drogen, Alkohol)
- ⑥ Stoffwechselerkrankungen
(Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Magen-Darmerkrankung, Nierenleiden)
- ⑦ andere Erkrankungen
(Nervensystem, Immunsystem, Rheuma u.s.w.)

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

-
- Prophylaxe/Kariesverhütung
- Parodontosebehandlung
- Ästhetik (Farbe/Form)
- Zahnersatz
- Implantologie
- Materialauswahl- und Testung
- Kiefer, Kopf- u. Nackenschmerzen (Knirschen)
- naturheilkundliche Behandlung
- Laser

- Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung und bei wem (z.B. Hausarzt)?
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente und welche?
- Letzte Röntgenuntersuchung (im Kopf-Kiefer-Zahnbereich) Schwangerschaft?

Empfohlen/Überwiesen von: _____

Für Kassenpatienten: Wünschen Sie Informationen zu neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgung, auch wenn die Krankenkasse diese Leistungen nicht bezahlt: Ja Nein

Der Weitergabe meiner Patientendaten an zahnärztliche Abrechnungsstellen sowie nachfolgende Behandler stimme ich zu. _____ Datum _____ Unterschrift _____