

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Verschiedene Erkrankungen können Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihre Gesundheit. Bitte nehmen Sie sich Zeit und beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Sollte Ihnen etwas unklar sein, wenden Sie sich bitte an unser Team. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

mitversichert bei:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift:

Straße / Nr \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon geschäftlich \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherungen: ja  nein   
 Basistarif: ja  nein

Bonusheft: ja  nein

Ich komme wegen:

Schmerzen

Kontrolle

Überweisung

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein
Herz- oder Kreislauferkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit / Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma / Bronchialleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen- oder Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immunschwäche (HIV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Leiden Sie an einer der folgenden Allergien bzw. Unverträglichkeiten?

	Ja	Nein
Lokalanästhetika/Spritzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heuschnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Welcher Arzt weiß am besten über Ihre Gesundheit Bescheid?

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf- und Kieferbereich geröntgt?

Wenn ja, wo? Praxis-Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, in welchem Monat?

Ja

Nein

?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung

Telefonbuch/ Gelbe Seiten

Internet

Andere:

Recall / Erinnerung

Ich bin damit einverstanden, dass das Praxisteam mich an meine  
Kontrolltermine erinnert

Wenn ja: Am liebsten möchte ich erinnert werden per:

Telefon

Post

E-Mail

Ja

Nein

Vielen Dank für Ihre Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

Hinweis: Sollten Sie einen Behandlungstermin nicht einhalten können, bitten wir um telefonische Absage  
spätesten 24 Stunden vor Ihrem Termin.