

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.
Wir möchten Sie bitten in den folgenden Zeilen Ihre Personalien einzutragen.

Patientendaten

Nachname Vorname geb. am

Name, Vorname der/des Versicherten (falls abweichend) geb. am

PLZ/Wohnort Straße, Hausnummer

E-Mail Beruf

Telefon Mobil

Name der Krankenkasse

gesetzlich privat Beihilfe Basis-oder Standardtarif Zusatzversicherung

Allgemeines

1. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Empfehlung durch: _____

2. Sind Sie von einem anderen Zahnarzt überwiesen worden? Name des Zahnarztes:

3. Sind Ihre Zähne in den letzten 2 Jahren geröntgt worden? Wann: _____ Wo: _____

4. Besteht eine Schwangerschaft: ja nein

5. Sind Sie Raucher: Ja Nein / Anzahl:

6. Haben Sie einen Pflegegrad? Ja Nein welchen? : _____

7. Haben Sie Probleme mit Kiefergelenk, Muskelverspannungen oder Ihrem Biss? Ja Nein

8. Pressen oder Knirschen Sie mit Ihren Zähnen? Ja Nein

Gesundheitsfragen

9. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

welche: _____

10. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?

Wennja, welche: _____

11. Haben Sie Allergien? Ja Nein welche: _____

	Ja	Nein
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden/Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thromboseneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A, B oder C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma/rheumatische Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grauer Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? Welche: _____

13. Haben Sie Probleme bei Betäubungen? : _____

14. Hatten Sie bei Zahnoperationen Nachblutungen? : _____

Wir möchten uns stets Zeit für Sie nehmen und reservieren feste Termine für Sie. Wir bitten Sie daher, Termine, welche Sie nicht wahrnehmen können, möglichst 24 Stunden vorher

abzusagen. Bei Terminversäumnis behalten wir uns vor ein Ausfallhonorar nach §615 BGB zu erheben.

Ort, Datum

Unterschrift