

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand.

Persönliche Daten

Nachname	Vorname	geboren am
----------	---------	------------

Straße	PLZ	Wohnort
--------	-----	---------

Telefon	mobil
---------	-------

E-Mail-Adresse	Geburtsort
----------------	------------

Krankenversicherung

selbst versichert versichert über:

Nachname	Vorname	geboren am
----------	---------	------------

Anschrift, falls abweichend

Straße	PLZ	Wohnort
--------	-----	---------

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

ja

nein

Wenn Sie zum ersten Mal in unsere Praxis kommen: Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Internet Branchen-/Telefonbuch persönliche Empfehlung Sonstiges

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an ...?

Herz	ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein	Leber	ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein
Atemwegen	ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein	Nieren	ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein

Haben oder hatten Sie jemals ...?

hohen Blutdruck	ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein	Epilepsie (Krampfleiden)	ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein
niedrigen Blutdruck	ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein	grünen Star (Glaukom)	ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein
Diabetes mellitus	ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein	Blutgerinnungsstörungen	ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose, Lues)

Wenn ja, welche?

ja nein

Allergien

Wenn ja, auf welche Materialien oder Medikamente reagieren Sie empfindlich?

ja nein

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung stören
(z. B. Aspirin, Marcumar)?

Wenn ja, welche?

ja nein

Leiden Sie an einer Krankheit, die nicht aufgeführt ist?

Wenn ja, an welcher?

ja nein

Für weibliche Patienten: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

Wenn ja, in welchem Monat?

ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum
Unterschrift

Für das erste und zweite Folgejahr: Ich bestätige, dass meine Angaben weiterhin gültig sind.
Änderungen im Dokument habe ich jeweils mit Datum und Unterschrift vorgenommen.

Datum
Unterschrift
Datum
Unterschrift