

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geb. Datum _____

Mitglied/Versicherter:

Name _____ Vorname _____ Geb. Datum _____

Anschrift:

Strasse _____ Nr. _____ Telefon _____

PLZ _____ Ort _____

E-Mail-Adresse:

Beruf/ Arbeitgeber:

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Name der Krankenkasse: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

Allgemeine Situation

- Allergien
- Asthma
- Herzerkrankung
- Nierenerkrankung
- Hoher/ niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörungen
- Infektionen: Hepatitis/ HBC/HIV
- Epileptiforme Anfälle
- Zuckerkrankheit(Diabetes)
- Sonstige Erkrankungen
- Sind Sie zur Zeit in ärztl. Behandlung?
Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

- Rauchen Sie?
Wenn ja, wie viele? _____
- Haben Sie Osteoporose?
- Sind Sie schwanger?

Zahn-Mund-Situation

- Schmerzen
- gelockerte Zähne
- Zahnfleischbluten
- Fehlende Zähne
- Geräusche im Kiefergelenk (z.B. Gähnen, Kauen)
- Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen
im Kieferbereich/ Kopf angefertigt?
Wenn ja, wo? _____
- Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden?

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Sonstiges: _____

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie/ Er Ihnen unsere Praxis empfohlen hat? _____

Wurden Sie von Ihrem Zahnarzt überwiesen? _____

Datum _____ Unterschrift (Bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter) _____