

Patient

Name Vorname geb.
 Straße/Hausnummer Telefon privat
 Postleitzahl / Ort Mobil-Tel.-Nr.

Versicherter

Name Vorname geb.
 Straße/Hausnummer Telefon
 Postleitzahl / Ort E-Mail

Krankenkasse

Geburtsort Patient

- Zusatzversicherung gesetzlich* gesetzlich/freiwillig privat Beihilfe Basistarif

Lesen Sie bitte die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit sorgfältig durch und kreuzen Sie bitte Zutreffendes an:
 (Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.)

Haben Sie: Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien? ja nein wenn ja, welche?

Herzrhythmusstörungen;-insuffizienz? ja nein

Herzinfarkt;-schrittmacher? ja nein

Blutgerinnungsstörungen? ja nein

niedriger Blutdruck / hoher Blutdruck? ja nein

Asthma / chron. Asthma? ja nein

Diabetes? ja nein Welcher Typ?

Magen-Darm-Erkrankungen? ja nein

Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Augenerkrankung (Grüner / Grauer Star)? ja nein

Nieren-, Leber-, Prostataerkrankungen? ja nein

Infektionserkrankungen : Hepatits A B C; TBC; HIV/AIDS ja nein

Epilepsie, Krämpfe, Migräne? ja nein

Sonstige Vorerkrankungen? ja nein

Sind Sie Raucher? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein wievielte Woche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein wenn ja, welche?

Wie heißt Ihr Hausarzt?

Haben Sie: Zahnschmerzen? ja nein

Zahnfleischbluten? ja nein

Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?

Wie/durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Behandlungstermine, die nicht rechtzeitig, mindestens 24 Stunden vorher, abgesagt werden, werden in Rechnung gestellt.

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

Datum Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigter