



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien einige Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine individuelle, angemessene und risikoarme Behandlung. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Ihr Praxisteam bedankt sich herzlich!

Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Versicherter:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Anschrift:

Straße	PLZ	Ort
--------	-----	-----

Telefon:

Tel. privat	Tel. mobil
-------------	------------

Bitte ankreuzen: gesetzlich krankenversichert privat krankenversichert

Krankenkasse: _____ **Empfohlen durch:** _____

Freiwillig(Privat)versichert: _____

Beihilfe-berechtigt: ja nein **Zusatzversicherung:** ja nein

Beruf: _____ **Tel. geschäftlich** _____

E-Mail- Adresse: _____

Wir bieten Ihnen an, Sie 2x jährlich kostenlos an die zahnärztliche Vorsorge zu erinnern (RecallSystem)!

Wünschen Sie diesen Service? ja nein

	ja	nein		ja	nein
Allergien: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten:		
Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung (Marcumar, ASS100, Plavix)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumaerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	letzte Röntgenbilder (Zahn)	_____	
Verminderter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnärztliche Behandlung	_____	
Durchblutungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamente	_____	
Endocarditis-Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisphosphonate/ Antiresorptiva (z.B. Prolia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Behandlungsvertrag mit daraus resultierender Zahlungspflicht des Patienten wird zwischen Patient und Zahnarzt geschlossen. Art, Umfang und Erstattungsverhalten einer ggf. bestehenden privaten Zusatzversicherung oder einer privaten Krankenversicherung (PKV) haben darauf keinen Einfluss.

Baldham, den _____
Datum

Patientenunterschrift