



Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Fragen und Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskunft über Ihren aktuellen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine komplikationslose Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie noch Fragen haben, so wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an das Praxisteam.

### Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

### Mitglied

oder  
Rechnungs-  
empfänger

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Sind Sie basistarifversichert ? ja  nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen ?

Herz ..... <input type="radio"/>	Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt ? ..... ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
zu hoher Blutdruck ..... <input type="radio"/>	Falls ja, mit welchem Ergebnis ? _____
Herzschrittmacher ..... <input type="radio"/>	Sind Sie Bluter (auch Markumar) ? ..... ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Leber (Gelbsucht) ..... <input type="radio"/>	Haben Sie Allergien oder Arzneimittelüberempfindlichkeiten?
Asthma ..... <input type="radio"/>	Falls ja, wogegen ? (z.B. Penicillin, Jod, Nickel) _____
Zuckerkrankheit (Diabetes) .... <input type="radio"/>	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ..... ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Anfallsleiden / Epilepsie ..... <input type="radio"/>	Falls ja, welche ? _____
andere: _____ <input type="radio"/>	besteht z. Zt. eine Schwangerschaft ? ..... ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
keines davon / „kerngesund“ <input type="radio"/>	Wer ist Ihr Hausarzt ? _____

Leiden Sie unter Kiefergelenkbeschwerden, Migräne oder Ohrgeräuschen (Tinnitus)? ..... ja  nein

**Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Adressänderung oder Wechsel der Krankenkasse vor jeder Behandlung mit.**

Die regelmäßige Kontrolle der Zähne ist wichtig. Und wenn man keine Zahnschmerzen hat, kann man das leicht einmal vergessen. Wir bieten Ihnen den Service, Sie per Postkarte an Ihren nächsten Vorsorgeuntersuchungstermin zu erinnern, wobei der Zeitabstand speziell auf Ihre individuelle Situation abgestimmt ist. Dieser Service ist für Sie unverbindlich. Sie können jederzeit davon zurücktreten.

Bitte senden Sie mir eine Postkarte ! ja  nein   
Bitte senden Sie mir eine email ! ja  nein  eMail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Bitte senden Sie mir eine SMS ! ja  nein  Handy: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !  
Ihr Praxisteam