

Unbedingt vollständig ausfüllen

Patient: _____ geb.: _____

¹Mitglied-Name: _____ geb.: _____

¹Bitte hier eintragen falls Sie über Ehegatte/in, Mutter oder Vater versichert sind.

Adresse: _____

Tel. privat: _____ Tel. mobil: _____ Krankenkasse: _____

*Arbeitgeber: _____ *Beruf _____ *Tel. dienstl.: _____

Hausarzt: _____ *E-Mail Adresse: _____

Haben Sie Erkrankungen in folgenden Bereichen? Unklarheiten klären Sie bitte mit dem/der Zahnarzt/Zahnärztin im Sprechzimmer.

	Nein	Ja		Nein	Ja
Blutdruck	()	()	Rheuma	()	()
Herz	()	()	Magen/Darm	()	()
Zuckerkrankheit	()	()	Aids	()	()
Blut(Blutgerinnung)	()	()	Gelenkprothese	()	()
Schilddrüse	()	()	Allergie	()	()
Leber	()	()	Schwangerschaft	()	()
Niere	()	()	<u>Sonstiges:</u>		

Welche Medikamente nehmen Sie ständig ein?

Bei welchen Medikamenten besteht eine Unverträglichkeit? _____

Wünschen Sie ½ Jahr nach Ihrer letzten Behandlung nochmal an einen Kontrollbesuch erinnert zu werden. Ja () Nein ()

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

() pers. Empfehlung () Internet
() Gelbe Seiten () Sonstiges _____

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten und Befunde sowie der Weitergabe an Mitbehandler, zahntechnische Labore und externe Abrechnungsstellen stimme ich bis auf Widerruf zu.

Datum

Unterschrift