

Persönliches

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

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
--------------------	----------

Telefon	Telefon mobil
---------	---------------

E-Mail	Beruf, Arbeitgeber
--------	--------------------

Versicherung

Krankenkasse

<input type="radio"/> gesetzlich versichert	<input type="radio"/> privat versichert
<input type="radio"/> Zusatzversicherung	<input type="radio"/> beihilfeberechtigt

Hauptversicherter/Erziehungsberechtigter (wenn nicht identisch)

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

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
--------------------	----------

Hausarzt

Name, Ort	Telefon
-----------	---------

Ihr Besuch bei uns

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Möchten Sie an Nachsorge-Termine erinnert werden? Ja, per Post, Telefon oder E-Mail Nein

Bitte beachten Sie, dass wir im Bestellsystem arbeiten. Dies bedeutet, dass Ihr Termin für Sie reserviert ist. Daher bitten wir Sie, Ihren Termin rechtzeitig, mindestens aber 24h vorher, abzusagen. Andernfalls kann Ihnen der Termin privat in Rechnung gestellt werden.

Bedenken Sie bitte auch, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach einem Zahnarztbesuch eingeschränkt sein kann (insbesondere nach einer örtlichen Betäubung).

Bitte wenden!

Gesundheitsfragebogen

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben. Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Angaben umgehend mit. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden ohne Ihr Einverständnis nicht an Dritte weitergegeben.

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, bitte erläutern.

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder zurzeit ein (ggf. Medikamentenpass beifügen)?

Mussten Sie jemals Bisphosphonate einnehmen? ja nein

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Wenn ja, bitte erläutern.

Herz-/Kreislaufkrankung ja nein Lebererkr. (z.B. Hepatitis) ja nein

Herzinfarkt/Schlaganfall ja nein Infektionserkr. (z.B. HIV/Aids) ja nein

Bluthochdruck ja nein Tuberkulose ja nein

Bypass/Herzschrittmacher ja nein Tumorerkrankung ja nein

Herzklappenerkr./-ersatz ja nein Osteoporose ja nein

 Endokarditis-Prophylaxe ja nein Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein

Blutgerinnungsstörung ja nein Allergien ja nein

Magen-Darm-Erkrankung ja nein Wenn ja, welche: _____

Diabetes ja nein Allergiepass vorhanden? ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein Asthma ja nein

Sonstige Erkrankungen/Erläuterung

Rauchen (pro Tag: _____) ja nein Drogenkonsum ja nein

Schwangerschaft (Monat: ___) ja nein

Wann und wo wurden Sie das letzte Mal geröntgt? _____

 Röntgenpass vorhanden ja nein

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Informationen auf beiden Seiten gelesen und verstanden und die Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. der Erziehungsberechtigten)