

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Patientendaten

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon privat: _____

Telefon tagsüber: _____

Telefon mobil: _____

email: _____

Beruf: _____

Krankenkasse: _____

Hauptversicherter der o.g. Kasse (sofern abweichend von den Patientendaten)

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Ihr Hausarzt (wenn mögl. mit Anschrift):

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Bitte überprüfen Sie auch die Angaben auf der zweiten Seite!

Gesundheitsfragen im Sinne einer komplikationslosen Behandlung:

	ja	nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
künstliche Herzklappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnungshemmer (z.B. Marcumar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung / Bluterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- / Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung / Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>falls ja, welche:</u>		
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>falls ja, welche?</u>		
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?		

Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente empfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>wenn ja, auf welche?</u>		
Für unsere weiblichen Patientinnen: Sind sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>falls ja, in welchem Monat?</u>		

Grund Ihres Besuchs:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbeschwerden | <input type="checkbox"/> Implantate |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbeseitigung | <input type="checkbox"/> zahnfarbene Keramikfüllungen |
| <input type="checkbox"/> Amalgamsanierung | <input type="checkbox"/> ästhetische Zahnbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Laserbehandlung | (Bleichen, Frontzahnkorrekturen u.a.) |

Datum: _____

Unterschrift: _____