



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen.

Sie unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlungen Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind Ihre persönlichen Angaben gesetzlich vorgeschrieben oder dienen dazu, Doppeluntersuchungen zu vermeiden (wie z.B. Röntgen etc.).

Für Kassenpatientinnen/Kassenpatienten: Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Persönliche Daten / Patientin/Patient

Vorname / Name _____

Straße / Hausnr. _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

(für die Röntgenverordnung anzugeben)

Größe _____ Gewicht _____

Telefon _____ Handy _____

E-Mail-Adresse _____ Krankenkasse _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Liegt ein besonderer Tarif bezüglich der Krankenkasse / Versicherung / Beihilfe / Zusatzversicherung vor?

Letzte zahnärztliche Untersuchung (ungefähres Datum):

Stehen Sie zur Zeit in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?

Haben Sie einen Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Wurde bei Ihnen in den letzten Monaten eine Röntgenuntersuchung

oder Röntgenbestrahlung durchgeführt? Ja Nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Bitte wenden

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an:

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? Falls Sie mit Ja antworten, machen Sie bitte ggf. ergänzende Angaben.

	Ja	Nein		Ja	Nein		
Allergie (welche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Atemwegserkrankung (welche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Erhöhter/verminderter Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Durchblutungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Diabetes (welcher Typ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Infektionskrankheit (welche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Hepatitis/TBC/HIV/Sonstige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Künstliche Gelenke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Grüner Star (erhöhter Augendruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nervenleiden (z.B. Depression)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Rheumaerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Tumorerkrankung, Leukämie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzinsuffizienz/-schwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Frühere Operationen (welche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Angina pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Andere Erkrankungen (welche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzrhythmusstörung/Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzfehler/Endokarditis-Risiko	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Nehmen Sie Medikamente? (welche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben mitzuteilen.

Ort / Datum

Unterschrift

Möchten Sie an regelmäßige Kontrollen erinnert werden? Ja Nein

Ort / Datum

Unterschrift