



Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen im Interesse Ihrer Behandlung sorgfältig aus; bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gern.

Patient: Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefon Handy

Versicherter: Name Geburtsdatum Anschrift, falls abweichend

Krankenkasse Private Krankenversicherung

Sind Sie freiwillig versichert? Ja Nein Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein
Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet Telefonbuch Empfehlung durch

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Herz-, Kreislauf-, Gefäßerkrankungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bluter? (z.B genetisch bedingt, Ass, Marcumar) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Welche? <input type="text"/> | | |
| Diabetes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Infektionserkrankungen?
(z.B Gelbsucht, Hepatitis, Tuberkulose, HIV, Aids) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Welche? <input type="text"/> | | |
| Augenerkrankungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenleiden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Allergien? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Welche? <input type="text"/> | | |
| Asthma? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Autoimmunerkrankungen?
(z.B. Rheuma) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Osteoporose? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bisphosphonattherapie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Innere Organe? (z.B. Leber, Niere) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nervleiden (z.B. Depressionen, Epilepsie)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Welche? <input type="text"/> | | |
| Sonstige Erkrankungen, die hier nicht erwähnt wurden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Welche? <input type="text"/> | | |

Allgemeine Situation

- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Besteht ein Pflegegrad? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rauchen Sie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Welche? <input type="text"/> | | |
| Leiden Sie oft an Kopfschmerzen oder Verspannungen im Gesicht/Nackenbereich? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden? Wenn JA : <input type="radio"/> Post oder <input type="radio"/> Email | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Email-Adresse: <input type="text"/> | | |

Teilen Sie uns bitte mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand oder Medikamenteneinnahme ändert!

Medikamente, insbesondere Betäubungsmittel, beeinträchtigen Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr!

Datenschutzbestimmungen werden in unserer Praxis streng eingehalten und sind zur Einsicht im Wartebereich.

Behandlungstermine werden für Sie reserviert. Sollten Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, so geben Sie uns bitte bis spätestens 24 Stunden vorher Bescheid.

Datum & Unterschrift