



Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben.

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat	Telefon geschäftlich	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Krankenkasse	Beruf / Arbeitgeber	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="radio"/> selbst versichert <input type="radio"/> versichert mit <input type="radio"/> Ehemann <input type="radio"/> Ehefrau <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter		

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Auf Empfehlung von Bekannten
 Internet / Telefonbuch
 Sonstiges

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen...

- Herz oder Kreislauf..... Ja Nein
 Lunge..... Ja Nein
 Blut..... Ja Nein
 Leber..... Ja Nein
 Nieren..... Ja Nein
 Schilddrüse..... Ja Nein
 Magen-Darm-Trakt..... Ja Nein
 Gelenken (Arthrose)..... Ja Nein

Haben oder hatten Sie jemals...

- Hohen Blutdruck..... Ja Nein
 Zucker (Diabetes)..... Ja Nein
 Fallsucht (Epilepsie)..... Ja Nein
 Gelbsucht (Hepatitis)..... Ja Nein
 Grünen Star..... Ja Nein
 Zahnfleischbluten..... Ja Nein
 Depressionen..... Ja Nein
 Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt umgefallen?..... Ja Nein

Wurden Sie in den letzten 6 Monaten im Kopfbereich geröntgt? Wenn ja, wann?

Ja Nein

Sind Sie zur Zeit schwanger? Wenn ja in welchem Monat?

Ja Nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wo?

Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

Ja Nein

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb?

Ja Nein

Haben oder hatten Sie jemals Allergien? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?

Ja Nein

Zeigen Sie Spritzenreaktionen? Wird Ihnen schlecht danach?

Ja Nein

Rauchen Sie?

Ja Nein

Hinweis zur Terminvereinbarung

Wir vereinbaren unsere Termine so, dass in der Regel keine oder nur geringe Wartezeiten entstehen. Deshalb bitten wir Sie ihren Termin im Verhinderungsfall 24 h vorher abzusagen, sonst müssen wir eine Verweilgebühr von 56,- € pro halbe Stunde berechnen.

Bitte beschreiben Sie im Feld rechts den Grund ihres Besuchs in unserer Praxis möglichst genau.

Haben oder hatten Sie Schmerzen? Wann und wo treten diese Schmerzen auf? Welche Vorbehandlungen sind durchgeführt worden?

Wünschen Sie über unser Mundgesundheitsprogramm informiert zu werden?

Ja Nein

Wünschen Sie von uns über neue und bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

Ja Nein

Datum

Unterschrift