

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine risiko-freie und umfassende Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient	Name:	Vorname:	geb.
Mitglied	Name:	Vorname:	geb.
Anschrift	Straße / Nr.:		PLZ / Ort:
Telefon	privat:		dienstl./tagsüber:
Arbeitsstelle	Beruf:		

Krankenkasse/
Krankenversicherung: _____

- freiwillig versichert zusatzversichert
 pflichtversichert beihilfeberechtigt

<p>Leiden Sie unter den folgenden Erkrankungen:</p> <p>① Herz-Kreislauf-Erkrankungen : (Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher)</p> <p>② Bluterkrankungen (Gerinnungsstörung, Blutarmut)</p> <p>③ Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV/Aids, Tuberkulose)</p> <p>④ Allergien/Unverträglichkeiten (gegen Medikamente/Materialien, Astma, Heuschnupfen u.s.w.)</p> <p>⑤ Suchtmittelabhängigkeit (Medikamente, Drogen, Alkohol)</p> <p>⑥ Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Magen-Darmerkrankung, Nierenleiden)</p> <p>⑦ andere Erkrankungen (Nervensystem, Immunsystem, Rheuma u.s.w.)</p>	<p>Wünschen Sie eine besondere Beratung über:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Prophylaxe/Kariesverhütung</p> <p><input type="checkbox"/> Parodontose/Zahnfleischbluten</p> <p><input type="checkbox"/> Ästhetik (Zahnfarbe/Form)</p> <p><input type="checkbox"/> Zahnersatz</p> <p><input type="checkbox"/> Implantologie</p> <p><input type="checkbox"/> Materialauswahl- und Testung</p> <p><input type="checkbox"/> Kiefer, Kopf- u. Nackenschmerzen/Knirschen</p> <p><input type="checkbox"/> naturheilkundliche Behandlung</p>
<p><input type="checkbox"/> Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung und bei wem (z.B. Hausarzt)? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nehmen Sie regelmäßig Medikamente und welche? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Letzte Röntgenuntersuchung (im Kopf-Kiefer-Zahnbereich) _____ <input type="checkbox"/> Schwangerschaft?</p>	

Empfohlen/Überwiesen von: _____

Für Kassenpatienten: Wünschen Sie Informationen zu neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgung, auch wenn die Krankenkasse diese Leistungen nicht bezahlt: Ja Nein

Der Weitergabe meiner Patientendaten an zahnärztliche Abrechnungsstellen sowie nachfolgende Behandler stimme ich zu. _____ Datum _____ Unterschrift _____