



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum/-ort _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Beruf _____ Telefon _____ E-Mail _____

Krankenversicherung _____ Hausarzt _____

gesetzlich versichert privat versichert Selbstzahler

ggf. Hauptversicherter (Name, Vorname, Geburtsdatum) _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?		Ja	Nein
Herzerkrankungen	Herzschwäche/-insuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaferkrankungen	hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	niedriger Blutdruck/Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen	Diabetes/aktueller HbA1c:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenerkrankungen	Depressionen/psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten	Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aids/HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sonstige Infektionskrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	Allergie gegen:		
andere Erkrankungen	Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haben Sie andere, nicht aufgeführte Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erkrankungen:		
Medikamente	Nehmen Sie Blutverdünner ein (z. B. Marcumar, Eliquis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen Sie einen Medikationsplan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medikamente:		
Sonstiges	Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haben Sie ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nehmen oder nahmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wann war ihr letzter Zahnarztbesuch?		
	Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?		

Ich erlaube der Zahnarztpraxis, meinem Ehe-/Lebenspartner oder meinen Eltern Auskunft über die laufende Behandlung zu geben und Termine für mich zu vereinbaren oder zu ändern.

Ich bin darüber aufgeklärt, dass bei unentschuldigter Versäumnis eines Termins die Kosten für die Behandlung in Rechnung gestellt werden können.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten