



Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient/in

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße / Hausnr. PLZ / Ort

Telefon Festnetz Telefon mobil Telefon Arbeit

E-Mail Beruf/Arbeitgeber

Mitglied/Zahlungspflichtige/r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/r) Name Vorname geb.

- gesetzlich versichert privat versichert beihilfeberechtigt Zahnzusatzversicherung

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten? (Zutreffendes bitte Ankreuzen)

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C ; HIV; TBC |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Endocarditis/Herzoperation |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | | |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn Ja, welche?

Allergische Reaktionen / Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien

Rauchen Sie? ja nein

Für unsere Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss ggf. wievielte Woche?

Haben Sie bisher regelmäßig (halbjährlich / jährlich) Professionelle Zahnreinigung (PZR) machen lassen? ja nein

Möchten Sie an Ihren PZR-Termin ca. eine Woche vorher erinnert werden? ja nein
 per E-Mail per Telefon

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift

Datum

Unterschrift