

Herzlich willkommen!

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Nr.	Postleitzahl/Ort	Geburtsort
Telefon	E-Mail	

Falls abweichender Zahlungspflichtige/-r (bei Kindern Erziehungsberechtigte)

Name	Geburtsdatum
Straße/Nr.	Geburtsort
Postleitzahl/Ort	Telefon

Krankenkasse:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> pflichtversichert | <input type="checkbox"/> privat versichert | <input type="checkbox"/> Kostenerstattung nach §13 |
| <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Standardtarif Versichert | <input type="checkbox"/> nicht versichert |
| <input type="checkbox"/> privat zusatzversichert | <input type="checkbox"/> Basistarif-Versichert | <input type="checkbox"/> zuschussberechtigt |

Beruf des Mitgliedes

- Schüler/Student

Arbeitgeber

Anschrift Arbeitgeber

Beruf des Patienten

- Schüler/Student

Arbeitgeber

Anschrift Arbeitgeber



Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Bitte teilen Sie uns künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bluterkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhauskeim MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor/Karzinom/Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen/nahmen Sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hausarzt _____ Telefon _____

Bestehen Allergien? ja nein wenn ja, welche? _____
 Haben Sie einen Allergie-Pass? ja nein

Herzinfarkt ja nein
 Nehmen Sie Marcumar? ja nein
 Schlaganfall ja nein
 Lähmungen ja nein

Bluthochdruck niedrig normal hoch ggf. Werte _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
 Nehmen Sie regelmäßg Medikamente? ja nein ggf. welche? _____
 Rauchen Sie? ja nein
 Bestehen Suchtkrankheiten? ja nein
 Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss ggf wievielte Woche _____
 Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor ja nein Unfalldatum/Art d. Verletzung _____

Sonstige Angaben/andere Krankheiten _____

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Beteubung? ja nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein
 Wünschen Sie einen Röntgenpass? ja nein
 Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil) _____

Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert? ja nein
 Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.

X

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r