

Patienten - Auskunft

Name, Vorname:	Ihr Beruf:	Ihre Tel.-Nr.(tagsüber):	
geboren am:	Hausarzt-Arzt-Name:		
Weshalb kommen Sie heute in unsere Praxis?			
Worauf legen Sie beim Zahnarzt besonderen Wert?			
Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch (Monat/Jahr)?/..... Wurde die Behandlung abgeschlossen ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann wurden Sie zuletzt am Kopf geröntgt (Jahr)?			
Hatten oder haben Sie Erkrankungen folgender Art? – nur bei „Ja“ ankreuzen			
Herz-/Kreislaufkrankungen (Infarkt/Bypass//Herzklappe)	Ja <input type="checkbox"/>	Sind oder waren Sie in ärztlicher Behandlung ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Blutverdünnung	Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, warum?	
Hoher Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>		
Diabetes (Zuckerkrankheit)	Ja <input type="checkbox"/>		
Lebererkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Nierenleiden	Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis)	Ja <input type="checkbox"/>		
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>		
Asthma	Ja <input type="checkbox"/>	Haben Sie eine Allergie gegen Medikamente ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Allergien allgemein	Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, gegen welche?	
Epilepsie	Ja <input type="checkbox"/>		
Besteht eine Schwangerschaft ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Weitere Krankheiten und/oder durchgeführte Operationen :			
Ihr Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Privat + Beihilfe	<input type="checkbox"/> Selbstzahler
Bei Kindern: mitversichert bei (Elternteil-Vorname):			
Geburts-Datum des Elternteils:			
Bei Versicherung gesetzlich: Name der gesetzlichen Krankenkasse:			
Haben Sie eine Zusatzversicherung (bei gesetzlich Versicherten)?			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?		<input type="checkbox"/> ½ jährlich	<input type="checkbox"/> 1x pro Jahr
Wie wurden Sie auf unsere Zahnarztpraxis aufmerksam?		<input type="checkbox"/> Nein	
		Bekannte/Freunde	
		Sonstige (welche?)	
		Internet <input type="checkbox"/>	

Vielen Dank für Ihre Angaben. Bei jeder Änderung (Erkrankungen/Operationen/ Medikamente) unterrichten Sie uns bitte **umgehend**, damit wir die Behandlung Ihrem aktuellen Gesundheitszustand anpassen können.

Datum:

Unterschrift: