

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit.

Patient

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße/Nr. PLZ/Wohnort

.....

Telefon mobil

.....

Krankenkasse Zahnzusatzversicherung E-Mail

.....

Tätigkeit Telefon dienstlich

Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

Rauchen Sie? Ja nein

Medizinische Befunderhebung: Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

Erkrankung	ja	nein	ja	nein
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endokarditis	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankung	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids, Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt/Schlaganfall, wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemeine Angaben **ja** **nein**

Besteht eine Schwangerschaft? Welcher Monat?

Haben Sie Allergien? Welche?

(u. a. Medikamentenallergie)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche?

.....

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Implantatversorgung	<input type="checkbox"/>	Amalgam-Entfernung	<input type="checkbox"/>
Parodontal-Behandlung	<input type="checkbox"/>	Zahnfarbene Füllungen	<input type="checkbox"/>
Individual-Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	Keramik-, Goldeinlagefüllungen	<input type="checkbox"/>
Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/>	Bleaching	<input type="checkbox"/>
Air-Flow (Belagentfernung)	<input type="checkbox"/>	Kieferorthopädische Behandlung	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben, und willige ein, dass ggf. von meinem Behandlungsfall Fotos für wissenschaftliche Zwecke angefertigt werden.

Datum

Unterschrift