



**Liebe Patientin,
lieber Patient...**

herzlich willkommen in unserer Praxis! Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen, bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gerne. **Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

Bei Änderungen bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen. Danke!

Bitte helfen Sie uns ...

Damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können, ist es wichtig, dass Sie auch alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

PLZ/Wohnort _____ Straße _____

Telefon / Handy/ E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____ Telefon _____

Meine Krankenversicherung: _____ selbst versichert über:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

gesetzlich Zusatzversicherung privat Beihilfe

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an ...

Herz (Herzklappen) ja _____ nein _____
 Schilddrüse ja _____ nein _____
 Magen-Darm-Trakt ja _____ nein _____
 Gelenken (Rheuma) ja _____ nein _____
 Leber ja _____ nein _____
 Nieren ja _____ nein _____
 Lunge ja _____ nein _____

Haben oder hatten Sie jemals...

Hohen Blutdruck ja nein
 Niedrigem Blutdruck ja nein
 Blutgerinnungsstörung ja nein
 Zucker (Diabetes) ja nein
 Fallsucht (Epilepsie) ja nein
 Grünen Star ja nein
 Immunschwäche (HIV) ja nein
 Gelbsucht (Hepatitis) ja A B C nein
 Psychische Erkrankungen ja nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, an welchen?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Rauchen Sie? ja nein

Leiden Sie an Allergien? ja nein

Wenn ja, an welchen?

bitte wenden →