

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Wir freuen uns, Sie heute in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Bevor Sie uns Ihre zahnmedizinischen Wünsche mitteilen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig, um Sie bestmöglichst behandeln zu können. Natürlich unterliegen sämtliche Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Fragen können Sie sich gerne jederzeit an uns wenden. Vielen herzlichen Dank für Ihr Verständnis!

PATIENT/IN

Name

Vorname

Geb.

Straße, Nr.

Plz, Stadt

Telefon (Privat)

Telefon (Arbeit)

Mobiltelefon

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

VERSICHERTE/R

Name

Vorname

Geb.

Straße, Nr.

Plz, Stadt

VERSICHERUNG

Gesetzliche Krankenvers.

Private Krankenvers.

Beihilfe

Zusatzversicherung

Nur Basistarif

Welche?

ANGABEN ZUM ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND

	ja	nein		ja	nein
Herz / Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz			Magen-Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV pos. / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiefergelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kaumuskelbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen / Pressen der Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

BITTE WENDEN!

