



Patient  
Herr / Frau

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Mitglied / Versicherter

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Beruf

Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Anschrift  
Arbeitgeber

Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse /  
Privatkrankenkasse

\_\_\_\_\_

beihilfeberechtigt ja  zusätzlich versichert ja  freiwillig versichert ja

## Fragen zum Gesundheitszustand:

<b>Allgemeine Situation</b>	<b>ja</b>	<b>Nein</b>	Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit oder regelmäßig ein?
Allergien welche Allergien (Penicillin?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 _____ wofür _____
_____			2 _____ wofür _____
			3 _____ wofür _____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raucher? Ja <input type="checkbox"/> Wieviele Zigaretten pro Tag? _____
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Zahn-Mund-Situation</b>
Hoher / niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>ja</b> <b>Nein</b>
Häufige Kopfschmerzen / Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen, z.B. verlängerte Blutung bei Schnittwunden oder nach Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischbluten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geräusche im Kiefergelenk, Tinnitus (z.B. beim Gähnen, Kauen) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Infektionen, Hepatitis A/B/C, Aids, Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nebenwirkungen bei Spritzen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen am Kopf / Nacken <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen (z.B. Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“ zufrieden? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Möchten Sie an Ihre regelmäßige Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? (recall) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



**Grund Ihres Besuches:** \_\_\_\_\_

**Besondere Wünsche:** \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

Freunde / Bekannte  Name: \_\_\_\_\_

Internet  Website (falls bekannt): \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Frauen:**

Besteht eine Schwangerschaft? ja  Nein  ungewiss

In der \_\_\_\_\_ Woche.

Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!

**Wir möchten Sie darauf hinweisen, daß die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Falls Sie Änderungen Ihres Gesundheitszustandes feststellen, bitten wir um unverzügliche Mitteilung.**

**Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

**Ab hier bitte erst bei späterer Aktualisierung ausfüllen:**

**Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

**Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten