



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Patient

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherter

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße _____ PLZ _____ Ort _____



Privat _____



Firma _____



Mobil _____



Fax _____



E-Mail _____ @ _____

Versicherung

_____ Privat Kasse Zusatzversicherung

Beruf

Firma

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen? _____

Möchten Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden?

Ja Nein

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

Ja Nein

Haben Sie als gesetzlich versicherte/r Patient/in ein Bonusheft?

Ja Nein

Wann wurde bei Ihnen die letzte Röntgenuntersuchung der Zähne durchgeführt?

_____ Datum

_____ Unterschrift



Zur Vermeidung möglicher Probleme bei der Behandlung bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen:

Besteht eine Schwangerschaft?

Nein Ja _____ Woche

Leiden Sie an Erkrankungen im Bereich Herz, Kreislauf oder Gefäßsystem?

Nein Herzschwäche Herzinfarkt Schrittmacher Bypass

Sonstige _____

Benötigen Sie auf Grund der o. g. Erkrankungen einen Endokarditisschutz (Antibiotika)?

Nein Ja

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Keine Marcumar ASS 100 ASS 500

Sonstige _____

Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten festgestellt worden (Hepatitis, HIV, TBC o. ä.)?

Nein Ja _____

Liegen Organ- oder Stoffwechselstörungen vor (Diabetes o. ä.)?

Nein Ja _____

Sind bei Ihnen Blutgerinnungsstörungen bekannt?

Nein Ja _____

Liegen bei Ihnen Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Materialien vor?

Nein Penicillin Quecksilber/Amalgam Nickel Sonstige _____

Haben Sie jemals Probleme nach zahnärztlichen Betäubungsspritzen gehabt?

Nein Ja _____

Leiden Sie an anderen Krankheiten, nach denen nicht ausdrücklich gefragt worden ist?

Nein Ja _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum

Unterschrift