



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworten Sie deshalb die nachfolgenden Fragen (auch auf der Rückseite dieses Bogens). Sollten Sie beim Beantworten einzelner Fragen Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen gerne.

A. PERSONALIEN

Patient

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtstag	<input type="text"/>	Beruf*	<input type="text"/>

Anschrift

PLZ/Ort	<input type="text"/>	Straße/Nr.	<input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/>	Mobil*	<input type="text"/>
E-Mail*	<input type="text"/>	Fax*	<input type="text"/>

Versicherter (falls abweichend)

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	Geburtstag	<input type="text"/>
------	----------------------	---------	----------------------	------------	----------------------

Sorgeberechtigt (bei Minderjährigen)

Vater
 Mutter
 Gemeinsam

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	Geburtstag	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>	Straße/Nr.	<input type="text"/>	Telefon*	<input type="text"/>

Krankenkassenstatus (mehrere Angaben möglich)

gesetzlich
 privat
 zusatzversichert
 beihilfeberechtigt
 Basistarif

Wer ist Ihr Hausarzt

B. ALLGEMEINE ANAMNESE

	Ja	Nein
Haben Sie Allergien (Medikamente, Metalle...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?	<input type="text"/>	
Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente, Blutverdünner oder Drogen ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?	<input type="text"/>	
Leiden Sie an Herz-/Kreislaferkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Unregelmäßiger Herzschlag <input type="radio"/> Herzschrittmacher <input type="radio"/> Sonstige <input type="text"/>		
Leiden Sie unter Stoffwechselkrankheiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Schilddrüse		

Mit * gekennzeichnete Angaben sind freiwillig

BITTE WENDEN →

