



Neu in Behandlung tretende Patienten bitten wir um folgende Angaben (bitte in Druckschrift)

Patient:

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum/-ort _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Tel. _____ mobil _____

E-Mail _____

Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter

(nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben):

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum/-ort _____

Beruf:

Arbeitgeber _____

Tel. geschäftlich _____

Krankenkasse:

- gesetzliche Versicherung
 - freiwillig versichert
 - Zusatzversicherung
 - Kostenerstattung
- private Versicherung
 - Vollversicherung
 - beihilfeberechtigt
 - Basistarif

Für Ihre Behandlung benötigen wir folgende Angaben:

Leiden Sie an:	ja	nein	welche
Herz-, Kreislauf- beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsen- erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
entzündlichen/ übertragbaren Krankheiten <small>(Tbc, HIV-Infektion, Hepatitis, Creutzfeld-Jakob-Krankheiten)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankungen des Nervensystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
sonst. Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sind Sie:			
Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ja	nein	welche
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erhalten /erhielten Sie Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose (sog. Biphosphonate)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie Blutverdün- nende Medikamente!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben bei Ihnen Medikamente nicht gewirkt (z.B. Antibiotika)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Befanden Sie sich im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt?			_____
Wie alt ist ggf. vorhandener Zahnersatz?			_____
Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?			_____
Besitzen Sie einen Röntgennachweisheft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wünschen Sie eine Zahnaufhellung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Für nicht wahrgenommene Termine ihrerseits, stellen wir unter Umständen die angefallene Zeit in Rechnung. Wir bitten um Verständnis.
Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Datum _____

Unterschrift Patient/ Versicherter/ Zahlungspflichtiger/ gesetzlicher Vertreter _____