

Wir freuen uns, daß Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung möchten wir Sie bitten diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei evtl. Fragen helfen wir Ihnen gerne (sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, Änderungen bitten wir uns umgehend mitzuteilen).

Name des Patienten:

Vorname des Patienten:

Geburtsdatum des Patienten:

PLZ:

Wohnort:

Straße, Hausnummer:

Beruf:

Tätigkeit:

Arbeitgeber:

Telefon (privat):

E-Mail:

Telefon (Mobil):

Krankenkasse:

Zusatzversicherung?

Überweisender oder behandelnder Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_

bzw. Empfehlung durch: \_\_\_\_\_

**bei Familienangehörigen: Angaben des Versicherten**

Name des Versicherten:

Vorname des Versicherten:

Geburtsdatum des Versicherten:

1. Frühere Krankheiten:

2. Zur Zeit bestehende Krankheiten:

- Herz- und Kreislauferkrankungen  
 Infektionskrankheiten  
 Hepatitis  
 Ohnmachtsneigung  
 Blutungsneigung  
 Rheuma

- Atemnot  
 Heuschnupfen  
 Zuckererkrankung  
 Magen-Darm-Lebererkrankung  
 Asthma  
 Sonstiges:

 Allergien (ggf. wogegen):3. Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

4. Liegt eine Schwangerschaft vor?  ja  nein

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

5. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

6. Frühere Röntgenuntersuchungen oder Bestrahlungen? Bitte Art und Datum angeben:

Mir ist bekannt, daß ich nach einem operativen Eingriff kein Kraftfahrzeug führen darf.

Ich stimme der elektronischen Erfassung meiner persönlichen Daten zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung zu  ja  nein

Datum, Unterschrift (ggf. des Personensorgeberechtigten) \_\_\_\_\_

