

Herzlich willkommen!

Für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie Vorder- und Rückseite dieses Bogens vollständig aus. Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen zu Ihren Angaben ergeben, informieren Sie uns bitte. Vielen Dank!

Ihr Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Name, Vorname der/des Versicherten, falls abweichend _____ geb. am _____

PLZ/Wohnort _____ Straße, Hausnummer _____ Telefon _____

Email _____ Arbeitgeber _____

Name und Anschrift Ihres Hausarztes _____

Name und Sitz der Krankenkasse _____ pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert
 Beihilfe Zusatzversicherung nicht versichert

Sind Sie zur Zeit oder auch regelmäßig in ärztlicher Behandlung? Bei welchem Arzt, ggf. wegen welcher Erkrankung? _____

Allgemein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____ Seit wann? _____

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? _____ am _____ bei _____

Existieren Allergien gegen Medikamente/andere Stoffe? Nein Ja, gegen _____

Sind Sie schwanger? Nein Ja

Rauchen Sie? Nein Ja, bis 10 Zigaretten/Tag über 10 Zigaretten/Tag

Trinken Sie Alkohol? Nein selten oft regelmäßig

Nehmen Sie Drogen? Nein selten oft regelmäßig

Erkrankungen

Hoher Blutdruck Ja Nein Grauer Star, Augenerkrankung Ja Nein

Niedriger Blutdruck Ja Nein Magen-/Darmerkrankung Ja Nein

Herzerkrankung Ja Nein Gelbsucht Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein HIV Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein Hepatitis A, B oder C Ja Nein

Asthma Ja Nein Tuberkulose Ja Nein

Lungenerkrankung Ja Nein andere Infektionskrankheit Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Rheuma Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Nierenfunktionsstörung Ja Nein

Ohnmachtsneigung Ja Nein



Wurden Sie jemals an den Nasennebenhöhlen (z. B. Kieferhöhle) operiert?

Ja Nein

Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat (z. B. Halswirbelsäule)?

Ja Nein

Sonstige für Ihre Behandlung relevante Angaben:

Zahn-Mund-Situation

Haben Sie Beschwerden wie...

Zahnschmerzen Ja Nein

Zahnfleischbluten Ja Nein

Geräusche im Kiefergelenk Ja Nein

Kopf- oder Nackenschmerzen? Ja Nein

Tragen Sie Zahnersatz?

Ja Nein

Wenn ja, seit wann

Lehnen Sie Amalgam grundsätzlich ab?

Ja Nein

Kennen Sie die *Professionelle Zahnreinigung*?

Ja Nein

Verwenden Sie außer der Zahnbürste weitere Mund- oder Zahnpflegemittel? Wenn ja, welche?

Wünschen Sie eine gezielte Beratung über

Bleaching/Zahnaufhellung

Zahnersatzlösungen

Amalgamaustausch

Professionelle Zahnreinigung

Recallservice

Wünschen Sie, an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert zu werden? Ja Nein

Führen Sie ein Bonusheft? Ja Nein

Eine letzte Frage...

Verraten Sie uns bitte, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam wurden?

Wichtiger Hinweis

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt. Aus datenschutzrechtlichen Gründen bestätigen Sie uns bitte:

Ich stimme einer Speicherung meiner Daten ausdrücklich zu.

Sollten während meines Behandlungszeitraumes Änderungen eintreten, informiere ich Sie umgehend.

Ort, Datum

Unterschrift