



Name Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Adresse

Telefon privat E-Mail

Beruf Arbeitgeber, Ort

Tel. geschäftlich Krankenkasse

Sind Sie pflichtversichert? ja nein Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der Versicherte?

Name Vorname Geburtsdatum Geburtsort

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name Adresse

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja nein

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name Ort Telefon

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein

Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein

Ohrensausen/Tinnitus? ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein

Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein

Wünschen Sie eine ...

Routinekontrolle ja nein

Beratung ja nein

zweite Meinung ja nein

Schmerzbehandlung ja nein

Andere Gründe

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden/wer hat uns empfohlen?

Familie/Bekannte Telefon/Branchenbuch Internet Anzeige

Sonstige



Bestehen gesundheitliche Risiken? ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Wenn ja, wogegen sind Sie allergisch?

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Medikamente? Wenn ja, welche? ja nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja nein

Haben Sie Herz- oder Kreislauferkrankungen, -untersuchungen? ja nein

- Herzschwäche
- Herzklappenentzündung
- unregelmäßiger Herzschlag
- Herzinfarkt
- Herzschrittmacher
- Angina pectoris
- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck

Sind Sie HIV positiv? ja nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein

Leiden Sie unter Migräne? ja nein

Haben Sie ...

- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Diabetes
- Rheuma
- Tuberkulose
- Erkrankungen der Wirbelsäule
- Epilepsie
- eine Magen-, Darm- oder Nierenerkrankung
- grünen Star
- eine Prostataerkrankung
- Asthma

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in der wievielten Woche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?

Wenn ja, welche? ja nein

Haben Sie Bisphosphonate eingenommen?

Wenn ja, welche? ja nein

Fand eine Röntgenuntersuchung statt? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Hinweise zur Organisation:

Hochwertige Qualität ist nur ohne Zeitdruck möglich. Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten vergeben können.

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorge/Professionelle Zahnreinigung erinnert werden?

ja nein Wenn ja: per E-Mail per Post

Wir möchten Sie bitten, diesen Erhebungsbogen vollständig auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum

Unterschrift