



Name, Vorname <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		Geburtsdatum	Beruf/Arbeitgeber
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Telefon (bevorzugt mobil)		E-Mail	
Hausarzt	Krankenkasse	Überweisender Arzt / bisheriger Zahnarzt	Zahnzusatzversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Versichert mit  gesetzlicher Betreuer Pflegegrad:  1  2  3  4  5

Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon (bevorzugt mobil)
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	
<input type="checkbox"/> Social media <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Empfehlung von	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Sehr geehrte Patienten,

Erkrankungen aller Art können Auswirkungen auf die (zahn)ärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Teilen Sie uns Veränderungen bitte auch unaufgefordert mit. Ihre Angaben dienen der Behandlungsoptimierung und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Konsile unter ärztlichen (Fach-) Kollegen für die Behandlung notwendig sein, kann dies unter Umständen eine Weitergabe von Daten und Unterlagen erfordern. Gerne sind wir Ihnen bei Unklarheiten behilflich.

	Ja	Nein		Ja	Nein
<b>Herz-/Kreislaufkrankung</b> (Bluthochdruck, Herzklappenfehler,..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden/Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Herz-Operationen</b> (Stent, Bypass, Herzklappenersatz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allergien / Unverträglichkeiten</b> (z.B. gegen Medikamente; welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Tumorerkrankung (Welche?)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Hepatitis (Welche? <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bestrahlung / Radiatio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisphosphonate / Immunsuppressiva / Chemotherapie (Was?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Regelmäßige <b>Medikamente</b> (Welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Blutgerinnungsstörung (Welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisherige Operationen (Welche? Wann?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			_____		
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen (Welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft (Welche Woche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
_____			_____		

Im Regelfall erinnern wir unsere Patienten im Vorhinein an ihre bestehenden Termine – wünschen Sie dies nicht, teilen Sie uns das bitte mit. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte rechtzeitig ab.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_