

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ	Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	E-Mail
Terminerinnerung als	<input type="checkbox"/> SMS	<input type="checkbox"/> E-Mail

Versicherung

Krankenkasse

gesetzlich versichert privat versichert
 zusatzversichert Anspruch auf Beihilfe

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ Ort

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein		ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche		
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche		
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Bitte wenden!

