



Patient Herr/Frau Name _____ Vorname _____ geb. (+Ort) _____
 Mitglied/Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____
 Anschrift PLZ _____ Ort _____
 Strasse/Nr. _____ Tel. _____
 E-Mail-Adresse _____ Mobil _____
 Beruf _____ Arbeitgeber _____
 Name der Krankenkasse/Privatkrankenkasse _____
 Beihilfeberechtigt zusätzlich versichert freiwillig versichert

ALLGEMEINE SITUATION

	ja / nein
Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Blutdruck: niedrig <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> hoch <input type="radio"/>	
Herzerkrankungen / Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS)?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Infektionskrankheiten (Hepatitis,TBC,HIV)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____	
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel/Tag? _____	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

ZAHN-MUND-SITUATION

	ja / nein
Zahnfleischbluten	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Zahnfleischrückgang	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Schmerzen am Kopf oder im Nacken?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?	
Vor _____ Monaten	
Besteht eine Schwangerschaft?	
Ja ____ (Woche) Nein <input type="radio"/> Ungewiss <input type="radio"/>	
(Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!)	

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

- Hiermit willige ich der Weitergabe meiner Daten an das Deutsche Zahnärztliche Rechenzentrum GmbH (DZR) ein.
 Ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten und der Weitergabe an Dritte zu Behandlungszwecken einverstanden.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen.
 Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter) _____