



Patient/in

Name: _____
Vorname: _____
Geb. Datum / Ort: _____
Straße / Nr.: _____
PLZ / Ort: _____
Telefon / Privat: _____
Telefon / Arbeit: _____
Email: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____

Versicherte/r

Name: _____
Vorname: _____
Geb. Datum / Ort: _____
Straße / Nr.: _____
PLZ / Ort: _____

Versicherung

- Gesetzlich krankenversichert
- Privat krankenversichert
- Nur Basistarif
- Beihilfe
- Zusatzversicherung

Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand

- Herz / Kreislauferkrankungen
- Zu hoher Blutdruck
- Zu niedriger Blutdruck
- Ohnmachtsneigung
- Migräne
- Beschwerden Halswirbelsäule
- bzw. Schulterbereich häufige Kopfschmerzen
- Ohrgeräusche / Tinnitus
- Knirschen / Pressen der Zähne
- Frühere Zahnfleischerkrankungen
- Drogen / Alkoholsucht
- Medikamente - wenn ja, welche?

- Schwangerschaft
- Infektionskrankheiten
- Bluterkrankungen
- HIV pos. / AIDS
- Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes
- Raucher

- Allergien - wenn ja, welche?

Hausarzt (Name, Ort, Telefon)

Was ist der Anlass Ihres Besuches?

- Allg. zahnmedizinische Kontrolluntersuchung
- Schmerzen
- Zahnfleischbluten
- Defekter Zahnersatz
- Neuer Zahnersatz erforderlich
- Beratung erwünscht
- Ästhetische Verbesserung erwünscht
- Diverse _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet
- Sonstige _____
- Empfehlung von: _____

Nutzen Sie unseren Recall-Service?

- Ja, ich möchte durch Sie an meine Vorsorgetermine erinnert werden.

Hinweis: Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Mit den Datenschutzbestimmungen (liegen in der Praxis aus und können eingesehen werden) bin ich einverstanden. Sollten gesetzlich versicherte Patienten bei ihrem Besuch keine gültige Versicherungskarte vorlegen, werden ihnen alternativ die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt.

Datum _____ Unterschrift _____