



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dieses ist wichtig für eine sachgerechte und risikofreie Behandlung. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den Bestimmungen des Datenschutzes.

Persönliches

Name / Vorname	Geburtsdatum
Straße / Nr.	PLZ / Ort
Tel. privat	Tel. mobil
E-Mail	
Krankenkasse	Zusatzversicherung

Falls sie nicht selbst versichert sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname	Geburtsdatum
Straße / Nr.	PLZ / Ort

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name / Ort / Tel. _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Welche Erkrankungen / Infektionskrankheiten haben oder hatten Sie?

<input type="checkbox"/> Hoher/niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Epileptiforme Anfälle	<input type="checkbox"/> HIV / Immunschwäche	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nervenerkrankung	Sonstiges: _____
<input type="checkbox"/> Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Magen-Darmerkrankung	_____

Für unsere Patientinnen. Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Reagieren Sie auf bestimmte Stoffe oder Medikamente allergisch?

Wenn ja, auf welche? _____

Sonstiges

Möchten Sie an Ihre Vorsorge-Untersuchung erinnert werden? Ja Nein Ihre letzte Röntgenaufnahme? _____

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab, andernfalls müssen wir Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen!

Sofern Sie Ihre E-Mail-Adresse angegeben haben, nutzen wir diese für sämtlichen Schriftverkehr!

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter) _____