Herzlich willkommen!

□ Ja

Ohnmachtsneigung

□ Nein

Für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie Vorder- und Rückseite dieses Bogens vollständig aus. Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen zu Ihren Angaben ergeben, informieren Sie uns bitte. Vielen Dank!

Ihr Name	Vc.	rname		geb. am			
Name, Vorname der/des Ver	sicherten,	falls abweichend		geb. am			
PLZ/Wohnort	St	raße, Hausnummer		7	Telefon		
Email	Ar	beitgeber					
Name und Anschrift Ihres Ha	usarztes						
-			pflichtversichert • freiwillig ve	rsichert	 privat versichert 		
Name und Sitz der Krankenk	kasse		Beihilfe - Zusatzversio	herung	 nicht versichert 		
Sind Sie zur Zeit oder auch r	egelmäßi	g in ärztlicher Beha	andlung? Bei welchem Arzt, ggf. w	egen wel	cher Erkrankung?		
Allgemein							
Welche Medikamente nehme	en Sie rege	elmäßig ein?	Seit wann?				
Wann wurden Sie zuletzt ger	röntgt?		am bei				
Existieren Allergien gegen M	edikamen	te/andere Stoffe?	□ Nein □ Ja, gegen				
Sind Sie schwanger?			□ Nein □ Ja				
Rauchen Sie?			□ Nein □ Ja, bis 10 Zigaretten/	Tag □ übe	er 10 Zigaretten/Tag		
Trinken Sie Alkohol?			□ Nein ˙ □ selten □ oft □ regelmäßig				
Nehmen Sie Drogen?			□ Nein □ selten □ oft □ regelmäßig				
Erkrankungen							
Hoher Blutdruck	□ Ja	□ Nein	Grauer Star, Augenerkrankung	□ Ja	□ Nein		
Niedriger Blutdruck	□ Ja	□ Nein	Magen-/Darmerkrankung	□ Ja	□ Nein		
Herzerkrankung	□ Ja	□ Nein	Gelbsucht	□ Ja	□ Nein		
Herzschrittmacher	□ Ja	□ Nein	HIV	□ Ja	□ Nein		
Blutgerinnungsstörungen	□ Ja	□ Nein	Hepatitis A, B oder C	□ Ja	□ Nein		
Asthma	□ Ja	□ Nein	Tuberkulose	□ Ja	□ Nein		
Lungenerkrankung	□ Ja	□ Nein	andere Infektionskrankheit	□ Ja	□ Nein		
Schilddrüsenerkrankung	□ Ja	□ Nein					
Rheuma	□ Ja	□ Nein			THE		
Epilepsie	□ Ja	□ Nein					
Diabetes	□ Ja	□ Nein		1			
Nierenfunktionsstörung	□ Ja	□ Nein					

Aus Liebe zu Ihren Zähnen

Wurden Sie jemals an den Nase Haben Sie Beschwerden am Be Sonstige für Ihre Behandlung re	□Ja □	Nein Nein				
		e e				
Zahn-Mund-Situation						
Haben Sie Beschwerden wie			Tragen Sie Zahnersatz?		□Ja	□Nein
Zahnschmerzen	□Ja	□ Nein	Wenn ja, seit wann			
Zahnfleischbluten	□Ja	□ Nein	Lehnen Sie Amalgam grundsätzlic		□Ja	□ Nein
Geräusche im Kiefergelenk	□Ja	□ Nein	Kennen Sie die <i>Professionelle Zah</i>	nnreinigung?	□Ja	□ Nein
Kopf- oder Nackenschmerzen?	□Ja	□ Nein				
Verwenden Sie außer der Zahnl	oürste	weitere Mur	nd- oder Zahnpflegemittel? Wenn ja, we	elche?		
Wünschen Sie eine geziel □ Bleaching/Zahnaufhellung □ Zahnersatzlösungen □ Amalgamaustausch □ Professionelle Zahnreinigung					,	÷
	an Ihr Sie mid	en nächster ch per	ahngesundheit und ggf. auch für even n Vorsorgetermin erinnert zu werden?		nüsse I	hrer
rulleli sie eili boliuslielt:	Ja 🗆	Neili				
Eine letzte Frage Verraten Sie uns bitte, wie Sie	auf uns	sere Praxis a	aufmerksam wurden?			
			nweigepflicht und den Bestimmungen de Ehtlichen Gründen bestätigen Sie uns bif		tzes. S	sie werden
□ Ich stimme einer Speicherung	g meine	er Daten aus	sdrücklich zu.			
Sollten während meines Behand	dlungsz	zeitraumes Ä	Änderungen eintreten, informiere ich Si	ie umgehend	•	
Ort, Datum			Unterschrift			