



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis besuchen und uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei eventuellen Fragen helfen wir gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit!

Patient/in.....
Name Vorname Geburtsdatum

Versicherte/r.....
Name Vorname Geburtsdatum

Adresse.....
Straße Nr. PLZ Ort Telefon

Beruf:.....
Arbeitgeber Telefon

Krankenversicherung..... pflichtversichert freiwillig versichert
beihilfsberechtig private Zusatzversicherung

Ihr Hauptanliegen:

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Kariesvermeidung | <input type="radio"/> | Hochwertiger Zahnersatz | <input type="radio"/> |
| Prophylaxe | <input type="radio"/> | Ästhetische Zahnheilkunde | <input type="radio"/> |
| Amalgam-Entfernung | <input type="radio"/> | Parodontal-Behandlung | <input type="radio"/> |
| Goldgussfüllungen (Gold-Inlay) | <input type="radio"/> | Implantate | <input type="radio"/> |
| Zahnfarbene Keramikfüllungen | <input type="radio"/> | Kieferorthopädische Behandlung | <input type="radio"/> |

Sonstiges:_____

Medizinische Befunderhebung – Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

- | | | | |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| Herzerkrankung | <input type="radio"/> | Kreislaufkrankung | <input type="radio"/> |
| Hoher/niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> | Blutgerinnungsstörung (Marcumar?) | <input type="radio"/> |
| Herzschrittmacher | <input type="radio"/> | Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="radio"/> |
| Immunschwäche (HIV, Aids) | <input type="radio"/> | Asthma | <input type="radio"/> |
| Rheuma | <input type="radio"/> | Augenerkrankung (z. B. Star) | <input type="radio"/> |
| Lebererkrankung | <input type="radio"/> | Schwangerschaft (___ Monat?) | <input type="radio"/> |

Allergien Wenn ja, welche?_____

Medikamente Wenn ja, welche?_____

Bitte beachten Sie: Nach einer Behandlung unter Anästhesie (örtliche Betäubungsspritze) können Sie in Ihrer Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein.

Ihr Hausarzt:.....

Telefon:.....

Goldbach, den.....

.....
Unterschrift