

**LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,**

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben. Sollten Sie Röntgenbilder und/oder Ihre Medikamentenliste mitgebracht haben, so geben Sie diese bitte am Empfang ab. Ihre Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT

Name	ggf. Geburtsname	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>			
Straße + Haus-Nr.	PLZ	Wohnort	
<input type="text"/>			
E-Mail*	Telefon privat	Telefon geschäftlich	
<input type="text"/>			
Beruf*	<input type="text"/>		
	<input type="radio"/> berufstätig*	<input type="radio"/> arbeitssuchend*	

VERSICHERTER

Name	ggf. Geburtsname	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>			
Krankenkasse / -versicherung		Arbeitgeber	
<input type="text"/>			
Zahnzusatzversicherung? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche? <input type="text"/>			
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? <input type="radio"/> auf Empfehlung von Bekannten <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Sonstiges <input type="text"/>			

Möchten Sie von uns über neue und bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden? ja nein

Möchten Sie von uns an Ihre jährliche Kontrolluntersuchung / Behandlungstermine erinnert werden?
 ja, per Post SMS E-Mail nein

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, dass Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

HABEN ODER HATTEN SIE JEMALS:

Hohen Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Niedrigen Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Diabetes (Zucker)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Epilepsie (Fallsucht)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Glaukom (Grünen Star)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zahnfleischbluten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Hepatitis (Gelbsucht)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Osteoporose	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

LEIDEN SIE AN ERKRANKUNGEN VON:

Herz oder Kreislauf	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Lunge	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Blut	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Leber	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nieren	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Magen-Darm-Trakt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Gelenken (Rheuma)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schilddrüse	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> Unterfunktion <input type="radio"/> Überfunktion

*freiwillige Angaben

[Redacted area]

Ort, Datum

Unterschrift

Mit welchem Ergebnis? positiv negativ

WURDE BEI IHNEN SCHON EINMAL EIN AIDSTEST DURCHFÜHRT?

ja nein

HABEN SIE EINE ERHÖHTE BLUTUNGSNEIGUNG?

ja nein

GAB ES SCHON EINMAL KOMPLIKATIONEN BEI ZAHNÄRZTLICHEN EINGRIFFEN?

ja nein

[Redacted area] ja nein

NEHMEN SIE AUFPUTSCH- ODER BERUHIGUNGSMITTEL? Wenn ja, welche?

SIND SIE DROGEN- UND/ODER ALKOHOLABHÄNGIG? ja nein

[Redacted area] ja nein

RAUCHEN SIE? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

[Redacted area] ja nein

LEIDEN SIE AN ANDEREN ERKRANKUNGEN? Wenn ja, an welchen?

SIND BEI IHNEN JEMALS UNVERTÄGLICHKEITEN (allergische Reaktionen) AUFGETRETEN BEI: Latex Antibiotika Kunststoffen Metallen Zahnärztlichen Spritzen

[Redacted area] ja nein

WAREN SIE IN DEN LETZTEN JAHREN IM KRANKENHAUS? Wenn ja, weshalb?

[Redacted area] ja nein

HABEN SIE EINEN HERZSCHRITTMACHER ODER EINE KÜNSTLICHE HERZKLAPPE?

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area] ja nein

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN? Wenn ja, welche?

[Redacted area] ja nein

SIND SIE ZURZEIT IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG? Wenn ja, wo und weswegen?

[Redacted area] ja nein

SIND SIE ZURZEIT SCHWANGER? Wenn ja, in welchem Monat?

[Redacted area] ja nein

WURDEN SIE INNERHALB DER LETZTEN ZWEI JAHRE IM KOPFBEREICH GERÖNTGT? (an den Zähnen, im Bereich der Nase, Ohren oder des Halses) Wenn ja, wann? Bei welchem Arzt oder in welchem Krankenhaus?

[Redacted area]