

Name	Vorname	Geburtsdatum
Strasse	PLZ	Wohnort
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Krankenkasse
<input type="radio"/> selbst versichert	versichert durch/über	<input type="radio"/> Ehemann <input type="radio"/> Ehefrau <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter
Name des Hauptversicherten	Vorname des Hauptversicherten	Geburtsdatum des Hauptversicherten
Adresse des Hauptversicherten		
Beruf	Arbeitgeber	Hausarzt

Einige Medikamente können sich gegenseitig in ihrer Wirkung beeinflussen. Eventuelle Vorerkrankungen können sich auch auf Ihre Mundgesundheit auswirken. Daher benötigen wir folgende Informationen, um Ihre Therapie planen zu können.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ...

- Herzens oder Kreislaufs Ja Nein
- Leber Ja Nein
- Nieren Ja Nein
- Schilddrüse Ja Nein
- Magen-Darm-Traktes Ja Nein
- Gelenke (Rheuma) Ja Nein

Haben oder hatten Sie ...

- Hohen/niedrigen Blutdruck.. Ja Nein
- Diabetes Ja Nein
- Epilepsie Ja Nein
- Grünen Star Ja Nein
- Zahnfleischbluten Ja Nein
- Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“? Ja Nein
- Neigen Sie zu Blutungen? Ja Nein
- Wurde ein HIV-Test durchgeführt? Ja Nein
- Wenn ja..... positiv negativ
- Haben oder hatten Sie eine Hepatitis? Ja Nein
- Wenn ja, welcher Typ? A B C

Haben Sie einen Röntgenpass?

- Ja Nein

Sind Sie zur Zeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

- Ja Nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?

- Ja Nein

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb?

- Ja Nein

Haben oder hatten Sie jemals Allergien? Wenn ja, welche?

- Ja Nein

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?

- Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

- Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Datum

Unterschrift

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben, die Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.