

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

| Persönliches | | | | | | | | | |
|---|-------|---------|------------|---|--------------|--------|------|--|--|
| Name, Vorname | | | Geburt | sdatum G | Geburtsort | | | | |
| Straße | | | PLZ | C | Ort | | | | |
| Telefon Festnetz | | | Telefon | Mobil E | -Mail | | | | |
| Terminerinnerung als | | | □ SMS | Г | ⊒ E-Mail | | | | |
| Versicherung | | | | | | | | | |
| Krankenkasse | | | | | | | | | |
| ☐ gesetzlich versichert ☐ zusatzversichert | | | | ☐ privat versichert ☐ Anspruch auf Beihilfe | | | | | |
| Sind Patient und Mitglied der Versicherungsnehmers: | Versi | cherung | nicht iden | tisch, ergänzen Sie | bitte die Da | ten de | es | | |
| Name, Vorname | | | Geburt | Geburtsdatum | | | | | |
| Straße | | | PLZ | C | Ort | | | | |
| Allgemeine Gesundheitssitua | ation | | | | | | | | |
| | ja | nein | | | | ja | nein | | |
| Hoher Blutdruck | | | | Herzerkrankunge | n | | | | |
| Niedriger Blutdruck | | | | Wenn ja, welc | he | | | | |
| Blutgerinnungsstörung | | | | | | | | | |
| Schlaganfall | | | | | | | | | |
| Diabetes | | | | | | | | | |
| Lebererkrankungen | | | | Allergien | | | | | |
| Nierenerkrankungen | | | | Wenn ja, welc | he | | | | |
| Schilddrüsenerkrankung | | | | | | | | | |
| Rheumatische Krankheiten | | | | | | | | | |

| | | ja | nein | | | | ja | nein | | | | | | |
|---|--|--------|------------|--------------------|---------------|-----------|------|--------|--|--|--|--|--|--|
| Infektio | onskrankheiten: | | | | | | | | | | | | | |
| | HIV | | | | Tuberkulose | | | | | | | | | |
| | Hepatitis | | | | Sonstige: | | | | | | | | | |
| Sind Sie | e Raucher? | | | | | | | | | | | | | |
| Sonstig | Sonstige Erkrankungen: | | | | | | | | | | | | | |
| Für uns | sere Patientinnen: | | | | | | | | | | | | | |
| | | | ja 🗆 | nein 🗆 | wenn ja, we | lche Woch | e: | | | | | | | |
| Nehme | en Sie Medikamente ein | 1? | ja 🗖 | nein 🗆 | | | | | | | | | | |
| wenn ja | a, welche: | | | | | | | | | | | | | |
| | Herzmedikamente: | | | | | | | | | | | | | |
| | Cortison: | | | | | | | | | | | | | |
| | Schmerzmittel: | | | | | | | | | | | | | |
| | Antidepressiva: | | | | | | | | | | | | | |
| | blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Heparin): | | | | | | | | | | | | | |
| | Sonstige: | | | | | | | | | | | | | |
| Bekommen Sie von Ihrem Arzt regelmäßige Spritzen (z.B. Bisphosphonate)? ja □ nein □ | | | | | | | | | | | | | | |
| Sonstig | ges | | | | | | | | | | | | | |
| Dürfen | wir Ihnen den Service b | ieten | , Sie halb | jährlich an Ihre V | orsorge zu er | innern? | ја 🏻 | nein 🗆 | | | | | | |
| Haben | Sie noch Fragen oder ei | n bes | onderes / | Anliegen? | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Hinwei | s für Mitglieder der ges | etzlic | chen Krar | ıkenkassen: | | | | | | | | | | |
| | er Kassenleistung Amalg amikpartikeln). Im Back | | | | | - | | | | | | | | |
| Sind Sie | e damit einverstanden? | | ja □ | nein 🗆 | | | | | | | | | | |
| Lünen, | den | | | | Undown-b-26t | | _ | | | | | | | |
| | | | | | Unterschrift | | | | | | | | | |