

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns aber in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Nachname und Vorname ( Patient ) \_\_\_\_\_ w  m   
Geburtsdatum, Geschlecht

Nachname und Vorname ( vom Versicherten ) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl, Wohnort

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon tagsüber, Mobilnummer

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_ Arbeitgeber

Name der Versicherung / Krankenkasse \_\_\_\_\_ Ich bin Basisversichert in der privaten Krankenversicherung   
Ich bin beihilfeberechtigt

Hausarzt: Name, Adresse, Telefon \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:**

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen:**

Hoher Blutdruck (Hypertonie)  Ja  Nein  
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  Ja  Nein  
Herzklappenerkrankung /-defekt  Ja  Nein  
Herzerkrankung  Ja  Nein  
Herzschrittmacher  Ja  Nein  
Endokarditis-Prophylaxe  Ja  Nein

andere \_\_\_\_\_

**Infektionserkrankungen:**

HIV  Ja  Nein  
Hepatitis A, B oder C  Ja  Nein  
Tuberkulose  Ja  Nein

andere \_\_\_\_\_

**Allgemeine Angaben:**

Raucher  Ja  Nein  
Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein

welche \_\_\_\_\_

**Weitere Erkrankungen**

Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein  
Asthma  Ja  Nein  
Lungenerkrankung  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein  
Rheuma  Ja  Nein  
Epilepsie  Ja  Nein  
Diabetes  Ja  Nein  
Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein  
Ohnmachtsneigung  Ja  Nein  
Grüner Star ( Glaukom )  Ja  Nein

andere \_\_\_\_\_

Frühere Röntgenuntersuchung  Ja  Nein  
Für Frauen: Schwangerschaft  Ja  Nein

Im wievielten Monat Schwanger \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

**Wichtige Informationen**

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

.....  
Datum, Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter