



Patient \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Mitglied / Versicherter \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Mobil-Nr. \_\_\_\_\_

Mailadresse \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Krankenversicherung \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung \_\_\_\_\_



Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	Ja	Nein	ggf. ergänzende Angaben
1. Erkrankungen des Herz oder des Kreislaufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, AIDS, HIV, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Innere Krankheiten (z.B. Diabetes, Blutgerinnungsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Allergien (auch gegen Arzneimittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. Wurden in den letzten 6 Monaten Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Wurden Sie von Ihrem Zahnarzt in unsere Praxis überwiesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Sind Sie mit ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?			_____
15. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?			_____

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter) \_\_\_\_\_