

PERSÖNLICHES

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße Nr., PLZ Ort _____,
Telefon (+ Mobil) _____ (_____)
Email _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung

gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein
Basistarif ja nein Zusatzversicherung ja nein
beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße Nr., PLZ Ort _____,
Telefon (+ Mobil) _____ (_____)

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____
Ort, Telefon _____,
Telefon (+ Mobil) _____ (_____)

Warum suchen Sie uns auf?

- Routinekontrolle neuen Zahnersatz Beratung
 „zweite Meinung“ Schmerzbehandlung andere Gründe


ZAHNÄRZTIN

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung eine Endokarditis (Entzündung der Herzinnenhaut)
 Angina Pectoris einen Herzschrittmacher einen Herzinfarkt

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
Wirbelsäule ja nein

Wenn ja, was genau? _____

Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck ja nein niedrigen Blutdruck ja nein
Zahnfleischbluten ja nein Ohrensausen / Tinnitus ja nein
Epilepsie ja nein Grünen Star ja nein
Tuberkulose ja nein HIV (Aids) ja nein
Blutungsneigungen („Bluter“ Hämophilie) ja nein

Hepatitis ja nein Wenn ja, welcher Typ? A B C

Diabetes ja nein Wenn ja, aktueller HbA1c- Wert: _____

Allergien ja nein Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Wenn ja, wogegen? _____

Sonstige Infektionen/Erkrankungen:


ZAHNÄRZTIN

