



Patient			
[Grid for Nachname]		[Grid for Hausarzt]	
Nachname		Hausarzt	
[Grid for Vorname]		[Grid for Anschrift Hausarzt]	
Vorname		Anschrift Hausarzt	
[Grid for Straße, Hausnr.]		[Grid for Hauszahnarzt]	
Straße, Hausnr.		Hauszahnarzt	
[Grid for PLZ]		[Grid for Anschrift Hauszahnarzt]	
PLZ		Anschrift Hauszahnarzt	
[Grid for Ort]		Versicherungstatus <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Vollversichert <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Basisitarif <input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreiung für <input type="checkbox"/> Kostenerstattung	
Telefonnummer (Tagsüber)			
Telefonnummer (Mobil)			
E-Mail			
Beruf			
[Grid for Sonstiges / Bemerkungen]			
Sonstiges / Bemerkungen			

Gesundheitsfragen		
Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten?	Ja	Nein
Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen (insbes. Herzklappenerkrankungen, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	[Grid]	
Herzschrittmacher- / Defibrillator-Implantation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen oder anderweitige Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	[Grid]	
Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (z. B. ASS, Marcumar®)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	[Grid]	
Zuckerkrankheit Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulinpflichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Star (Glaukom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortsetzung auf der Rückseite		



Fortsetzung Gesundheitsfragen

Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten?

Ja Nein

Überempfindlichkeitsreaktionen / Unverträglichkeiten / Allergien (z.B. gegen bestimmte Medikamente, Metalle, Kunststoffe)?

Wenn ja, welche?

Infektionserkrankungen (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, HIV/AIDS Tuberkulose/Tbc)?

Wenn ja, welche?

Autoimmunerkrankungen (z.B. rheumatische Erkrankungen)?

Wenn ja, welche?

Schilddrüsenerkrankungen?

Wenn ja, welche?

Erkrankungen der inneren Organe (z.B. Leber, Niere)?

Wenn ja, welche?

Nervenleiden (z.B. Epilepsie, Schlaganfall)?

Wenn ja, welche?

Erkrankungen der Knochen, Osteoporose?

Einnahme von Bisphosphonaten (Bondronat, Alendronat, Zometa o.ä.)?

Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden?

Wenn ja, welche?

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Rauchen Sie?

Konsumieren Sie Drogen oder Rauschmittel?

Wenn ja, welche?

Wurden im letzten Jahr Röntgenuntersuchungen oder Bestrahlungen durchgeführt?

Wenn ja, warum?

Medikamente, Dosierung:

Gab es Komplikationen bei zahn- / ärztlichen Behandlungen?

Wenn ja, welche?

Bitte teilen Sie uns Änderungen der Anschrift, des Gesundheitszustandes, der Medikamenteneinnahmen und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit.

Datum

Unterschrift

ggf. Unterschrift gesetzl. Vertreter / Betreuer