Herzlich willkommen in unserer Praxis

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN:

↑ Name Patient/in	↑ Vorname	geboren am
↑ Name Versicherte/r	↑ Vorname	geboren am
↑ Straße	↑ Wohnort	
↑ Beruf	↑ Telefon privat	Telefon mobil
↑ Arbeitgeber	↑ Telefon dienstlich	Email
↑ Krankenversicherung	↑ Ich habe eine private Zusatzversicherung/ bin beihilfeberechtigt bei	
↑ für Schmerzpatienten: Ihr behandelnder Zahnarzt	↑ Hausarzt	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

WAS DER ARZT WISSEN MUSS

Bitte zutreffendes ankreuzen und ggf. unterstreichen

Besteht erhöhte Blutgerinnungsneigung (z.B. bei kleinen Verletzungen, Zahnbehandlung) oder entstehen leicht blaue Flecken ohne besonderen Anlass _____	ja	nein
Nehmen Sie Medikamente ein (z.B. Marcumar, Aspirin [ASS], Antibiotika) Wenn ja, welche _____	ja	nein
Besteht eine Allergie (z.B. Asthma, Heuschnupfen) oder Überempfindlichkeit (z.B. gegen Pflaster, Latex, Nahrungsmittel, Medikamente, örtliche Betäubungsmittel) Wenn ja, welche _____	ja	nein
Besteht eine Herz- oder Lungenkrankheit (z.B. Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Erkrankung der Herzkranzgefäße, Bronchialasthma) Ist der Blutdruck erhöht oder wurde ein Herzschrittmacher eingesetzt _____	ja	nein
Besteht eine chronische Krankheit (z.B. Schilddrüsenstörung, Krampfanfälle, grüner Star, Zuckerkrankheit) Wenn ja, welche _____	ja	nein
Besteht ein akute oder chronische Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tbc, HIV) Bitte teilen Sie die Diagnose dem Arzt mit _____	ja	nein
Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein_____	ja	nein
Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?_____	ja	nein

_____

Datum /Unterschrift