



Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um Sie umfassend beraten zu können, benötigen wir neben Ihren persönlichen Angaben auch Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie zu Ihrer Sicherheit folgende Fragen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Privat versichert – im Erweiterten Standardtarif (Basistarif-Bedingungen) |
| <input type="checkbox"/> Privat versichert – nicht im Standardtarif oder Erweiterten Standardtarif (Basistarif-Bedingungen) | <input type="checkbox"/> Privat versichert – im Standardtarif |
| <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt | |

	Patient	Hauptversicherer
Name:		
Vorname:		
Geboren am:		
Straße:		
Ort:		
Krankenkasse/Versicherung:		
Arbeitgeber:		
Beruf:		
Telefon privat:		
Telefon beruflich:		
Mobil:		
E-Mail:		

bitte beachten Sie, dass wir bei gesetzl. Versicherten die Versichertenkarte zu Beginn jeden Quartals benötigen.



Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten

Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	
Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	
Blutdruck	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> hoch	Ggf. Werte:
	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Lähmungen		Ggf. wann?
	<input type="checkbox"/> Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen		Ggf. wann?
Diabetis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Infektionskrankheiten (Hepatitis I AIDS etc.)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?
Wurde ein HIV-Test durchgeführt		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Welche Woche?

Wünschen Sie eine spezielle Beratung für nachfolgende Bereiche?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Laserbehandlung | <input type="checkbox"/> Amalgamsanierung |
| <input type="checkbox"/> zahnfarbe Keramikfüllungen | <input type="checkbox"/> Implantate |
| <input type="checkbox"/> professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> weiße Zähne (Bleaching) | <input type="checkbox"/> Parodontose-Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Zahnkosmetik - Ästhetikberatung | |

Haben Sie ein Bonusheft ja nein

Grund Ihres Besuches? Besondere Wünsche und Erwartungen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum:

Unterschrift: