

Liebe Patientin, lieber Patient

wir heißen Sie HERZLICH WILLKOMMEN in unserer Praxis und bedanken uns für Ihr Vertrauen. Bitte füllen Sie die nachfolgenden Angaben vollständig aus. Teilen Sie bitte unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit. Vielen Dank!

Patient/in Herr/Frau/Kind

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	geb.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnummer	Ort	PLZ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat	Telefon mobil	Telefon geschäftlich
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email	Beruf	

Mitglied/Zahlungspflichtige/r (bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	geb.

Name der Krankenkasse/Versicherung

Abweichende Rechnungsanschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	geb.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnummer	Ort	PLZ

Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma (schwere Atemnot) | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> TBC |

Wie ist Ihr Blutdruck? niedrig normal hoch ggf. Werte?

Sonstige Angaben / andere Erkankungen

Allergische Reaktionen / Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien

Zu Ihrer Zahngesundheit

Pressen / knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung?	<input type="text"/>
Sind Sie Raucher/in?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. Welche?	<input type="text"/>	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ungewiss	ggf. wievielte Woche?	<input type="text"/>

Wie oder durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Dürfen wir Sie in unser Erinnerungs-Service aufnehmen? ja Email SMS Telefon nein

Wir bitten Sie die Termine pünktlich einzuhalten. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte bis spätestens 24 Stunden vorher mit. Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen den versäumten Termin in Rechnung zu stellen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner Daten ausdrücklich zu.