

Liebe Patienten,

bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft aus, damit wir Ihnen optimal helfen können. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Kooperation!

	Patient	Hauptversicherter
Name		
Vorname		
geboren am		
Krankenkasse/Versicherung		
Straße, Haus-Nr.		
PLZ, Ort		
Arbeitgeber		
Beruf		
Telefon privat		
Telefon beruflich		
Mobil		
E-Mail		

- Was ist der Grund Ihres Besuches/haben Sie besondere Wünsche und Erwartungen?  
.....
- Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?
  - Internet-Suche  Unsere Homepage  Anzeige  Veranstaltung
  - Empfehlung/Überweisung durch .....
- Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung?  ja  nein
- Sind Sie an hochwertiger, innovativer Zahnheilkunde interessiert  
(z. B.: Implantate, Keramikversorgung usw.)?  ja  nein
- Sind Sie an professioneller Zahnreinigung und Aufklärung über Zahnpflege interessiert?  
(Entfernen von Verfärbungen, Bleaching ...)  ja  nein

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?

Asthma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?
Blutdruck	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> hoch Ggf. Wert:
Diabetes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II
Herz- und Kreislaufstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Herzfehler	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Ggf. Wann?:
Rheuma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Ggf. Wann?:
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC, MRSA etc.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?
Neigen Sie zu Nachblutungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?
Leiden Sie an einer Krankheit, die hier nicht aufgeführt ist?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche Woche?
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
			↳ <input type="checkbox"/> weniger als 10 Zigar. tägl. <input type="checkbox"/> mehr als 10 Zigar. tägl.

Mein Hausarzt (Name, Anschrift, Tel.):.....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Ich habe alle Fragen und Angaben verstanden und nach bestem Wissen beantwortet.

**Datum und Unterschrift:** .....

- Ich bin damit einverstanden, dass zum Zwecke der Konsultation von Fachärzten meine personenbezogenen Daten und Befunde unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen weitergegeben werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten für den Post- und E-Mail-Versand gespeichert und genutzt werden dürfen – z. B. für interessante Neuigkeiten aus der Praxis. (Bitte ankreuzen, falls die Einwilligung erteilt wird.)
- Ich wurde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit unter Einfluss von Injektionen zur lokalen Betäubung, therapeutischen Injektionen und Medikamenten, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, für 4-6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann.

**Datum und Unterschrift:** .....

Weiterhin wurde ich darauf hingewiesen, dass zu den vereinbarten Terminen Zeit für mich reserviert wird. Vereinbarte Termine sollten deswegen unbedingt eingehalten werden.