

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine umfassende und individuelle Beratung und/oder Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen wahrheitsgemäß – alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient				<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	
Name		Vorname				
Geburtsdatum		Geburtsort				
Straße, Nr.		PLZ, Ort				
Telefon / Mobil		Zahnarzt				
Versicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> PKV-Basistarif		
Versicherte Person				<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	
Name		Vorname				
Geburtsdatum		Beruf				
Tel. dienstlich		E-Mail				
Ich ...	Nein	Ja				
... bin derzeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wegen			
... nehme regelmäßig Medikamente ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar			
... habe Allergien / Überempfindlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gegen	<input type="checkbox"/> Antibiotika	<input type="checkbox"/> andere	
				<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> Nickel	
... leide an Allgemeinerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar an	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Rheuma
				<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	
				<input type="checkbox"/> Behinderungen	<input type="checkbox"/> andere	
... leide an Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar an	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> andere
... bin in orthopädischer Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wegen	<input type="checkbox"/> Schuheinlagen	<input type="checkbox"/> andere Gründe	
... bin / war in logopädischer Behandlung (Sprachtherapie, Schlucktherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bei (Name)			
... bin / war in kieferorthopädischer Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bei (Name)			
... habe folgende Angewohnheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar	<input type="checkbox"/> Knirschen	<input type="checkbox"/> Schnarchen	
... habe Lutschgewohnheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar an	<input type="checkbox"/> Daumen	<input type="checkbox"/> Schnuller, Stift o.a.	
... habe Verwandte mit ähnlichen Zahn-/Kieferfehlstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar	<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Großeltern
... bin vor kurzem im Kopf-/Halsbereich geröntgt worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar an	<input type="checkbox"/> Zähnen		<input type="checkbox"/> Hals
				<input type="checkbox"/> Schädelknochen		<input type="checkbox"/> Hand
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?	<input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung		<input type="checkbox"/> Überweisender Arzt		<input type="checkbox"/> Internet	

Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen von oben aufgeführten Angaben mit.

Ort, Datum		Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter	
-------------------	--	--	--

Drucken

Per E-Mail senden