



Wir möchten Sie medizinisch bestens betreuen. Daher bitten wir Sie, die folgenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Vielen Dank

Ihr Name und Vorname	Geburtsdatum	
Bei Behandlung Ihres minderjährigen Kindes: Name und Vorname des Kindes	Geburtsdatum Ihres Kindes	
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	
Telefon privat	Telefon dienstlich	Mobiltelefon
E-Mail Adresse	Krankenkasse (gesetzlich/privat)	Zusatzversicherung

Ihr körperliches Befinden bzw. das Ihres Kindes (bitte Zutreffendes markieren):

	Ja	Nein		Ja	Nein
Stehen Sie zurzeit oder standen Sie vor Kurzem in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weil _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Atemwegserkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, diese _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liegt eine Nierenerkrankung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Reagieren Sie auf bestimmte Materialien oder Medikamente empfindlich? Wenn ja, diese _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besteht eine Lebererkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besitzen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden oder litten Sie an Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liegt oder lag eine Krebs- oder Tumorerkrankung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung stören (wie Aspirin, Marcumar?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben oder hatten Sie Hepatitis, HIV, Tuberkulose oder Lues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt eine Herzerkrankung vor oder haben Sie einen Klappenersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besteht ein Krampfleiden (Epilepsie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Liegt ein Diabetes mellitus vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Leiden Sie unter hier nicht aufgeführten Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Ist Ihr Blutdruck zu hoch / niedrig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für weibliche Patienten: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja  nein



**Patientenservice:**

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Bekannte     Internet     Zahnarztkollege     Flyer     Zufall     Sonstiges

Auf welchem Wege dürfen wir Sie kontaktieren?

- Telefonisch     E-Mail     postalisch

Sind Sie an einem Prophylaxeprogramm interessiert? Ja      nein

Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab.  
d.h. spätestens 24 Stunden vorher, da wir Ihnen sonst die ungenutzte Zeit in Rechnung stellen können.  
(Ausfallentgelt gem. §304, 611, 615 BGB)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Zu guter Letzt: Wir freuen uns über jedes feedback und wären Ihnen dankbar, wenn Sie uns online  
(z.B. bei google) eine Bewertung hinterlassen würden.