

P E R S Ö N L I C H E S

Name / Vorname _____
 Geburtsname _____
 Geburtsdatum/-ort _____
 Straße / Nr. _____
 PLZ / Ort _____
 Beruf (freiwillige Angabe) _____
 Telefon _____
 mobil _____
 E-Mail _____

Haben Sie einen gesetzlichen Vormund?

ja nein

Name der Krankenversicherung:

gesetzlich

privat

(beihilfeberechtigt Basistarif)

Zusatzversicherung

G E S U N D H E I T S F R A G E N

Herz-/ Kreislaufkrankungen? **ja** **nein**

Hoher Blutdruck
 Angina pectoris
 Herzrhythmusstörungen
 Herzinfarkt
 Herzklappenersatz
 Herzschrittmacher (Ausweis)
 Herzoperationen (z.B. Stents)
 Endokarditis

Allergien / Unverträglichkeiten? **ja** **nein**

Lokalanästhesie/Spritzen
 Medikamente (z.B. Penicillin)
 Sonstige Allergien:

Infektionskrankheiten

(HIV, Tbc, Hepatitis, etc.)

Tumorerkrankung

Strahlentherapie

Gelenkprothese

Besteht eine Schwangerschaft

Allgemeine Erkrankungen? **ja** **nein**

Anfallsleiden (Epilepsie)
 Schlaganfall
 Thrombose
 Asthma/Lungenerkrankung
 Blutgerinnungsstörungen
 Diabetes/Zuckerkrankheit
 Grüner Star (Glaukom)
 Nieren-/Lebererkrankungen
 Osteoporose
 Schilddrüsenerkrankung
 Nehmen/nahmen Sie Bisphosphonate ein?
 Sonstige Erkrankungen:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit? (z.B. ASS, Marcumar)

Name Ihres Hausarztes: _____

H E R Z L I C H W I L L K O M M E N

Warum suchen Sie uns auf? (freiwillige Angabe)

Routinekontrolle Schmerzbehandlung Zahnersatz Prophylaxe Bleaching _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (freiwillige Angabe)

Internet soziale Medien Sonstiges / Empfehlung _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum: _____

Unterschrift: _____