

Patient: _____
Name Vorname Geb.Dat.

Mitglied/Versicherter _____
Name Vorname Geb.Dat.

Anschrift _____
Strasse Nr. Telefon

PLZ Ort

E-Mail-Adresse _____

Beruf/Arbeitgeber _____
Beruf Arbeitgeber

Name der Krankenkasse _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

Allgemeine Situation

- Allergien
- Asthma
- Herzerkrankung
- Nierenerkrankung
- Hoher/niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörungen
- Infektionen: Hepatitis/TBC/HIV
- Epileptiforme Anfälle
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Sonstige Erkrankungen
- Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? _____

- Rauchen Sie?
Wenn ja, wie viele? _____
- Haben Sie Osteoporose
- Sind Sie Schwanger

Sonstiges:

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie/Er Ihnen unsere Praxis empfohlen hat? _____

Wurden Sie von Ihrem Zahnarzt in unsere Praxis überwiesen? _____

Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter) _____

Zahn-Mund-Situation

- Schmerzen
- gelockerte Zähne
- Zahnfleischbluten
- Haben Sie das Gefühl an Mundgeruch zu leiden?
- Wenn ja, wünschen Sie diesbzgl. eine Beratung/Behandlung?
- Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen, Kauen)
- Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt? Wenn ja, wo?

- Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden?

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

