



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

im Interesse einer ganzheitlichen Behandlung bitten wir Sie, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß zu erteilen. Sie werden Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt und dienen dazu, Ihre Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht unseres gesamten zahnärztlichen Teams. Vielen Dank!!

Name:	geb.:		
Anschrift:	Tel.:		
	Handy:		
Versicherter:	geb.:		
Anschrift Versicherter (ggf. Heimatanschrift):	Tel.:		
	Handy:		
Beruf / Arbeitgeber:	Tel.:		
Hausarzt:	Tel.:		
Krankenkasse:			
Beihilfe:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Privatkassen-Basistarif / ab 01.09.2009	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung:			
Ist die letzte Zahnbehandlung abgeschlossen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?			
Weshalb kommen Sie heute zur Zahnbehandlung?			
Hatten oder haben Sie Erkrankungen folgender Art:			
Herz-Kreislauf-Erkrankung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Allergien	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja welche?			
Diabetes	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Asthma	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten, z.B. TBC, HIV	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutungsneigung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung, z.B. Hepatitis (Gelbsucht)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen?			
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?			
Besteht eine Schwangerschaft?			
	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wünschen Sie eine Aufklärung über besondere zahnärztliche Leistungen? (Amalgamalternativen, Aufhellung von Zähnen/Bleaching)			
	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Interesse an individueller Prophylaxe? (Professionelle Zahnreinigung, Intensivfluoridierung, Zahnpflegetechniken)			
	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Ich versichere, jede Veränderung meiner Angaben vor einer weiteren Behandlung mitzuteilen.  
Ich bin unterrichtet, dass Injektionen die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können.  
Mit der Rechnungsbearbeitung durch eine zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft bin ich einverstanden.

Hemmingen, den ..... Unterschrift .....