

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

Tel. tagsüber:

Mobil:

E-Mail:

Arbeitgeber:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Was führt Sie heute in unsere Praxis?

Wann waren Sie letztmalig beim Zahnarzt?

Wie möchten Sie an Ihre Vorsorge & Prophylaxe erinnert werden?

E-Mail

Brief

Telefon

Garnicht

BESTEHT BZW. BESTAND BEI IHNEN EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

Allergie

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Atemwegserkrankungen

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Blutgerinnungsstörung

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Diabetes

Ja

Nein

Wenn ja, welcher Typ?

Epilepsie

Ja

Nein

Grüner Star (erhöhter Augendruck)

Ja

Nein

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Ja

Nein

Herzinfarkt

Ja

Nein

Herzklappenerkrankungen

Ja

Nein

Herzschrittmacher

Ja

Nein

Hoher Blutdruck

Ja

Nein

Niedriger Blutdruck

Ja

Nein

HIV

Ja

Nein

Hepatitis

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

A

B

C

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja

Nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Nehmen Sie Medikamente?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Sonstiges:

Behandelnder Arzt:

Telefon:

Datum / Unterschrift: