

Herzlich Willkommen in der Praxis Dr. H. von Schwertführer

1. Ihre persönlichen Daten:

Name, Vorname _____ geb. am: _____

Hauptversicherter: _____ geb. am: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon priv.: _____ Telefon geschäftl.: _____

Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung Ja () Nein ()

2. Fragen zu Ihrer Gesundheit:

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt?

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen

1. Allergie (wenn ja welche: _____)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. Atemwegserkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3. Blutgerinnungsstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4. Diabetes	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5. Anfallsleiden (Epilepsie)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6. Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7. Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8. Infektionskrankheiten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
9. Lebererkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10. Magen-Darm-Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11. Nierenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
12. Kopfschmerzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Für weibliche Patienten:

Sind Sie schwanger? Ja Nein

3. Was wir von Ihnen gerne erfahren würden:

Haben Sie besondere Wünsche für Ihre Zähne (bitte ankreuzen)

Bleaching Zahnform Zahnstellung

4. Wünschen Sie unseren Erinnerungsservice für Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung

Ja Nein

Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____