



Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen im Interesse Ihrer Behandlung sorgfältig aus. Bei eventuellen Fragen helfen wir gern.

Patient: Name	Vorname	Geburtsdatum
Versicherter: Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon/Fax	Handy	E-Mail
Beruf / Arbeitgeber		Telefon dienstlich

Krankenkasse	Private Versicherung - Basis(Standard) Tarif?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Beihilfe	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Es mir bekannt, das Erstattungen der Vergütungen von Leistungen durch Erstattungsstellen (Private Krankenversicherungen/Beihilfe) möglicherweise nicht gewährleistet sind.

Gesundheitsfragebogen: - bitte beantworten Sie die Fragen so vollständig wie möglich! -

Teilen Sie uns jeweils bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

Leiden Sie an ...

Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS, TBC etc..)? ja in _____

Kreislaufferkrankungen (Herz)?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> in	
Nierenerkrankung / Insuffizienz?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> in	Lebererkrankung? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> in
Magen & Darmerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> in	Diabetes? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> in
Blutungsstörungen / Nachbluten ?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> in	Nervenerkrankung? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> in
Arzneimittelüberempfindlichkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> in	_____

Besteht eine Allergie? ja in _____

Sonstige Erkrankungen ja in _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja in Monat: _____ Entbindungstermin _____

Nehmen Sie Medikamente ein? ja in _____
 Falls Ja welche? (Medikamentenname & Dosis) _____

Ihr behandelnder Hausarzt: _____
 Name _____ Ort _____

Ich komme auf Empfehlung von _____

Möchten Sie über Laser Therapie aufgeklärt werden? ja nein

Möchten Sie über hochwertige Therapiemöglichkeiten beraten werden? ja nein

Letzte Röntgenuntersuchung der Zähne (circa): _____
 Besitzen Sie ein Bonusheft? ja in Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja in
 Sind Sie mit einer halbjährlichen schriftlichen Benachrichtigung (Recall) einverstanden? ja in

 Datum _____ Unterschrift _____

Bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse.
 Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht.