

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?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_