



Angaben zum Patienten

Name, Vorname	Geburtstag
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Tel. Privat	Tel. Mobil
E-Mail	
Arbeitgeber	Beruf

Angaben zum Versicherungsnehmer

Name, Vorname	Geburtstag		
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Privat zusatzversichert	<input type="checkbox"/> Beihilfe
Name der Versicherung			

Gesundheitszustand des Patienten

Wir benötigen folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit.

<input type="checkbox"/> Ich hatte bereits eine Zahnfleischbehandlung	<input type="checkbox"/> Ich habe bereits Implantate
<input type="checkbox"/> Ich möchte regelmäßig an einem Prophylaxeprogramm teilnehmen	

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden

Liegt bei Ihnen eine Allgemeinerkrankung vor?

<input type="checkbox"/> Allergien	gegen		
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Zuckererkrankung	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen
<input type="checkbox"/> HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> TBC	welche	
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Lähmungen
<input type="checkbox"/> Es besteht eine Schwangerschaft			
<input type="checkbox"/> Es gibt die regelmäßige Einnahme von Medikamenten	welche		
<input type="checkbox"/> Es besteht eine Unverträglichkeit auf Medikamente	welche		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Ort	Unterschrift
------------	--------------