

## Ihre persönlichen Daten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beruf: \* \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \* \_\_\_\_\_

Telefon privat: \* \_\_\_\_\_

Mobil-Telefon: \* \_\_\_\_\_

Telefon Arbeit: \* \_\_\_\_\_

E-Mail: \* \_\_\_\_\_

Name der Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Ich bin:  privat  gesetzlich  freiwillig versichert

Ich bin beihilfeberechtigt:  ja  nein  nicht bekannt

Ich habe eine Zusatzversicherung:  ja  nein

Falls Sie nicht selbst, sondern z.B. über einen Vormund oder Ihren Ehegatten versichert sind, tragen Sie hier bitte zusätzlich die Angaben zum Versicherten ein:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beruf: \* \_\_\_\_\_

## Fragen nach Vorerkrankungen

(Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Hoher Blutdruck           | <input type="radio"/> Herz-Fehler            |
| <input type="radio"/> Endokarditis              | <input type="radio"/> Herz-Schrittmacher     |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt               | <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörung  |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenüberfunktion  | <input type="radio"/> Asthma/Lungenkrankheit |
| <input type="radio"/> Depression/Psychosen      | <input type="radio"/> Nierenerkrankung       |
| <input type="radio"/> Epilepsie                 | <input type="radio"/> Immunschwäche (HIV)    |
| <input type="radio"/> Niedriger Blutdruck       | <input type="radio"/> Herzklappenersatz      |
| <input type="radio"/> Herzoperationen           | <input type="radio"/> Herzrhythmusstörung    |
| <input type="radio"/> Schlaganfall              | <input type="radio"/> Zuckerkrankheit        |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenunterfunktion | <input type="radio"/> Nervenerkrankung       |
| <input type="radio"/> Lebererkrankungen         | <input type="radio"/> Rheuma                 |
| <input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankungen   | <input type="radio"/> Hepatitis              |

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und versichere, jede Veränderung meiner Angaben vor weiteren Behandlungen mitzuteilen. Ich bin unterrichtet, dass Injektionen die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können.

Ort, Datum, Unterschrift

(\* freiwillige Angaben)

## Weitere Fragen:

Wann wurden Sie das letzte mal im Mund-Kiefer-Bereich geröntgt?

\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

\_\_\_\_\_

Besteht eine Medikamenten-Unverträglichkeit?  
Wenn ja, bei welchen Medikamenten?

\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, unter welchen?

\_\_\_\_\_

**Für Patientinnen:** Sind Sie schwanger?

ja, im \_\_\_\_\_ Monat  nein

Leiden Sie unter Zahnarzt-Angst, der sogenannten Oralophobie?

ja  nein

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?\*

\_\_\_\_\_

Wen dürfen wir benachrichtigen, falls Sie Hilfe von Angehörigen benötigen (Name, Telefonnummer)?\*

\_\_\_\_\_