



Zur Person:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. privat: _____

Mobilfunk: _____

Tel. dienstlich: _____

Beruf*: _____

Arbeitgeber*: _____

Krankenkasse: _____

freiwillig versichert: ja nein

Zusatzversicherung für Zahnersatz: ja nein

WICHTIG für privat versicherte Patienten:

Beihilfe ja nein

Standardtarif / Mindesttarif ja nein

Gesundheitsfrage:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, damit wir Sie in Übereinstimmung mit Ihrem Gesundheitszustand behandeln können. Sollten Sie Probleme bei der Beantwortung haben, helfen wir Ihnen gerne weiter. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 STGB.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Leiden Sie an einer ...

Herz-Kreislaufkrankung?

(z.B. veränderter Blutdruck, Herzinfarkt) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Reagieren Sie überempfindlich /

allergisch auf bestimmte Stoffe

oder Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bestehen Infektionskrankheiten?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bestehen innere Krankheiten?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter Migräne?

ja nein

Haben Sie Grünen Star?

ja nein

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Wurde vor kurzem (in den letzten

4 Wochen) eine Röntgenaufnahme

angefertigt?

ja nein

Empfohlen / überwiesen durch: _____

Sonstiges, besondere Anliegen: _____

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten?

ja nein Falls ja, bitte E-Mailadresse angeben:

Ich bestätige, vorhergehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

*freiwillige Angaben