

**Neu in Behandlung tretende Patienten bitten wir um folgende Angaben (bitte in Druckschrift)**

Patient:			
	Name	Vorname	geb.
Mitglied:			
	Name	Vorname	geb.
Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert		
Beruf:	Arbeitgeber (Angabe freiwillig)		
			Tel.-Nr.
Anschrift:			
	PLZ	Ort	Tel.-Nr.
		Straße	

**Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um Folgende Angaben:**

	Leiden Sie an:	nein	ja	welche
Herz-, Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheiten (HIV, Tbc, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankungen des Nervensystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
sonstigen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie zurzeit Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	weiß nicht
Ihr letzter Zahnarztbesuch war vor ca. ...				_____
Sind aktuelle Röntgenbilder vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bereitet Ihnen der Zahnarztbesuch stets große Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht gegen Sie ein Insolvenzverfahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich komme auf Empfehlung von ...				_____

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

-----

Datum / Unterschrift

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den Bestimmungen des Datenschutzes. Wir bitten Sie um vollständige und wahrheitsgemäße Angaben.