



Patienten-Name	<input type="text"/>	PATIENT	Versicherter	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		Geburtsdatum	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>		Straße	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>		PLZ/Ort	<input type="text"/>
Telefon Privat	<input type="text"/>		Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich
Telefon Mobil	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Basistarif
Telefon Arbeit	<input type="text"/>		Name der Versicherung	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>		beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
E-Mail	<input type="text"/>		Zahnzusatzversicherung vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hausarzt	<input type="text"/>			

Liebe Patientin, lieber Patient,  
alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Fragen Sie bei Unklarheiten bitte gerne im persönlichen Gespräch nach.

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen	ja	nein
1 Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Herzklappenfehler <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz		
3 Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Endokarditis <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher		
3.1 HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt		
3.2 TBC/Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 Benötigen Sie vor der Behandlung eine Endokarditisprophylaxe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 Wie ist Ihr Blutdruck?		
3.4 Hepatitis A, B, C (Gelbsucht) Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch		
4 Allergien (Wenn ja, welche?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			(Wenn ja, welcher Typ?) _____		
4.1 Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1 Nehmen/nahmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Haben oder hatten Sie eine der folgenden  
Erkrankungen?

ja nein

- 13 Schilddrüsenerkrankung
- 14 Asthma
- 15 Nierenerkrankungen oder -anomalien
- 16 Tumore / Krebs
- 17 Andere Erkrankungen (Welche?) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

18 Nehmen Sie Medikamente oder pflanzliche  
Mittel ein?

Medikamente zur Blutverdünnung  
(z.B. Marcumar / Plavix / ASS) \_\_\_\_\_

andere \_\_\_\_\_

19 Rauchen Sie? (Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_)

20 Frauen:  
Besteht eine Schwangerschaft?  unsicher    
(Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_)

21 Möchten Sie an unserem Vorsorgeprogramm  
gegen Zahn- und Zahnfleischerkrankungen  
(Professionelle Zahnreinigung) teilnehmen?

Wenn Sie mit ja antworten,  
bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

ja nein

22 Haben Sie häufig Kopf-, Gesichts- oder  
Muskelschmerzen bzw. Verspannungen  
im Kiefer- oder Gesichtsbereich?

23 Hätten Sie gerne weißere Zähne?

24 Stört Sie Ihre Zahnstellung?

25 Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?

26 Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter  
örtlicher Betäubung?

27 Hatten Sie schon einmal Kreislaufstörungen  
oder andere Reaktionen nach einer Betäubung?

28 Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

persönliche Empfehlung von \_\_\_\_\_

Internet / Homepage

Telefonbuch / Das Örtliche  Gelbe Seiten

sonstiges: \_\_\_\_\_

29 Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorge-/  
Kontrolltermin telefonisch erinnert werden?

Dieser Service ist für Sie kostenfrei und kann  
jederzeit widerrufen werden.



### Ich habe diese Aufklärung gelesen und verstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben  
und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum, Unterschrift