

Patient .....  
 Vorname ..... Name ..... geb. ....

Mitglied .....  
 Vorname ..... Name ..... geb. ....

Anschrift .....  
 Straße ..... Nr. ....  
 Wohnort ..... Ortsteil ..... PLZ .....

Telefon .....  
 Privat ..... Mobil ..... Geschäftlich ..... E-Mail Adresse .....

Beruf ..... Arbeitgeber .....

Krankenkasse .....

**Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung, bitten wir um folgende Angaben:**

1. Leiden Sie an Herz-Kreislaufkrankungen? ..... Ja  Nein
2. Haben Sie manchmal Atemnot? ..... Ja  Nein
3. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? ..... Ja  Nein
4. Sind Sie Zuckerkrank? ..... Ja  Nein
5. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? ..... Ja  Nein
6. Wenn ja, welche? .....
7. Haben Sie Allergien? Wenn ja, wogegen? ..... Ja  Nein
8. Besteht eine Suchterkrankung? ..... Ja  Nein
9. Bestehen sonstige Erkrankungen? ..... Ja  Nein
10. Wurde bei Ihnen ein Pflegegrad festgestellt? Wenn ja Welcher?..... Ja  Nein

**Zahnmedizinische Vorgeschichte:**

1. Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten? ..... Ja  Nein
2. Sind jemals Zwischenfälle bei zahnärztlichen Eingriffen aufgetreten? ..... Ja  Nein
3. Wünschen Sie eine Aufklärung über Möglichkeiten, Karies und Parodontose zu verhindern?.. Ja  Nein
4. Wünschen Sie nach Behandlungsende eine regelmäßige Terminerinnerung? ..... Ja  Nein
5. Wann wurden Ihre Zähne das letzte Mal geröntgt? .....
6. Wer hat Sie empfohlen/ überwiesen? .....

Hinweis: Sollten Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Für nicht eingehaltene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen ein Ausfallhonorar berechnen!

.....  
 Datum ..... Unterschrift .....