

Patientin/Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon/Mobil/Fax/Email
Geburtsort	SMS Terminerinnerung gewünscht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Beruf	Arbeitgeber	Telefon/Mobil/Fax/Email
Krankenkasse*/Krankenversicherung	Zusatzversicherung	

Versicherte(r):

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Gesetzlicher Vertreter:

Name Vater:	Anschrift:
-------------	------------

Name Mutter:	Anschrift:
--------------	------------

Sind Sie beihilfeberechtigt? JA Nein . Sind Sie privat im Basistarif versichert? JA Nein

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten ? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
- Haben Sie Stents? Künstliche Herzklappen?
- Asthma, Atemnot
- Herz-Kreislauf-Erkrankung
(Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzinsuffizienz/--schwäche, o.ä.)
- Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankung
- Zuckerkrankheit
- Tuberkulose
- Hoher oder niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörungen
- Haben Sie eine Allergie/ Heuschnupfen? Welche? _____
- Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test gemacht? Ergebnis? _____
- Bestehen andere Erkrankungen ? Welche ? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche? _____
z.B. ASS, Marcumar, Xarelto, Plavix, Pradaxa,
Eliquis, Lixiana,...
- Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? In welcher Schwangerschaftswoche? _____

Mein Hausarzt ist _____ Tel. Nr. _____

Durch wen wurden wir empfohlen? _____

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches? _____