



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

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

Anschrift .....  
Straße ..... Haus-Nr. ....  
Wohnort ..... Ortsteil ..... PLZ .....

Telefon (.....) ..... (.....) .....  
privat ..... geschäftlich .....

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   
Wenn ja, welche? .....
6. Leiden Sie an einer ansteckenden Krankheit (Hepatitis, AIDS, etc.)? ..... Ja  Nein
7. Haben Sie Allergien? Wenn ja, wogegen? ..... Ja  Nein
8. Bestehen sonstige Erkrankungen? ..... Ja  Nein

**Zahnmedizinische Vorgeschichte:**

1. Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten? ..... Ja  Nein
2. Sind jemals Zwischenfälle bei zahnärztlichen Behandlungen aufgetreten? ..... Ja  Nein
3. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung? ..... Ja  Nein
4. Wünschen Sie eine Aufklärung über die Möglichkeiten, Karies und Parodontose zu verhindern? ..... Ja  Nein
5. Wann wurden Ihre Zähne zuletzt geröntgt? .....
6. Empfohlen / überwiesen durch: .....

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

.....  
Datum

.....  
Unterschrift