

Name		Arbeitgeber
Vorname	Geburtsdatum	Ort/Telefon
Telefon privat		Beruf
E-Mail		Krankenkasse

Falls Sie nicht selbst krankenversichert sind, wer ist der Versicherte?

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

Falls eine Zuzahlung anfällt, wer soll die Rechnung erhalten?

Name	Vorname
------	---------

Adresse

Wie sind Sie versichert?	Pflichtversichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sind Sie Beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Sie wünschen eine Beratung über:	<input type="checkbox"/> nur Kassenleistung	<input type="checkbox"/> alle Behandlungsmöglichkeiten
----------------------------------	---	--

Bestehen gesundheitliche Risiken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
			Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

Auf was reagieren Sie allergisch? \_\_\_\_\_

Falls eine örtliche Betäubung nötig ist, <b>bitte Hinweise unten lesen</b> und bestätigen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung oder eine Gerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Sind Sie HIV-positiv?  ja  nein

Sind Sie an Hepatitis B oder C erkrankt?  ja  nein

Liegt eine der folgenden Erkrankungen bei Ihnen vor? Bitte ankreuzen!

Schilddrüsenerkrankung  Diabetes  Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung

Prostataerkrankung  Migräne  Grüner Star

Asthma

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Warum begeben Sie sich in Behandlung? \_\_\_\_\_

Haben Sie Zahnschmerzen?  ja  nein

Blutet Ihr Zahnfleisch?  ja  nein

Hören Sie Knackgeräusche oder haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk?  ja  nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?  ja  nein

Sind Ihre Zähne gelockert?  ja  nein

Fand bereits eine Röntgenuntersuchung statt?  ja  nein

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?  ja  nein

Möchten Sie über Implantate beraten werden?  ja  nein

Wünschen Sie eine kostenfreie, schriftliche Benachrichtigung für Ihren nächsten Kontrolltermin?  ja

**WICHTIGER HINWEIS für Sie als Patient:** Ich möchte Sie darüber in Kenntnis setzen, dass es bei Behandlungen mit örtlicher Betäubung in seltenen Fällen zu Nervenschädigungen mit Taubheitsgefühl kommen kann.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach besten Wissen und Gewissen gemacht und die Information zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort/Datum

Unterschrift Patient