

Patientenaufnahme

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ geschäftlich: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Krankenkasse /
private Versicherung: _____

Beihilfestelle: _____

Hauszahnarzt: _____

	ja	nein	
Kieferorthopädisch vorbehandelt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sind Sie in allgemeinärztlicher Behandlung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Befinden Sie sich in einer HNO – Behandlung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie ständige Medikamente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht Kreislauferkrankung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergie bekannt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wenn ja, ist ein Allergiepass vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit (Diabetes) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutungsneigung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht Schwangerschaft ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen im Mund / Kieferbereich angefertigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ist ein Röntgenpass vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie Beschwerden im Bereich Der Kiefergelenke / Kaumuskulatur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knirschen Sie nachts mit den Zähnen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie bereits prothetische Versorgung (Kronen / Brücken / Prothesen) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blasen Sie ein Musikinstrument ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Wie sind sie auf unsere Praxis gekommen?

Freunde/Bekannte Werbung andere, wenn ja durch _____

Bitte alle Angaben im eigenen Interesse vollständig ausfüllen. Sie sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch für eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Über Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, bitten wir Sie uns sofort zu informieren. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten