



LIEBE PATIENTINNEN, LIEBE PATIENTEN,

für die Behandlung beim Zahnarzt können eventuell vorhandene oder durchgemachte Erkrankungen von Bedeutung sein.
Bitte beantworten Sie deshalb zu Ihrer eigenen Sicherheit folgende Fragen.

PATIENT

HAUPTVERSICHERTER

Name: _____

Vorname: _____

Geboren am: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Krankenkasse / Versicherung: _____

Arbeitgeber: _____

Beruf: _____

Telefon privat: _____

Telefon beruflich: _____

Handynummer: _____

E-Mail: _____

Name und Anschrift Ihres Hausarztes:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Zahnarzt Ich habe im Internet von der Praxis Lindeman erfahren
 Freunde, Verwandte, Kollegen Ich habe durch Anzeigen von der Praxis Lindeman erfahren

BITTE WENDEN

HATTEN ODER HABEN SIE FOLGENDE KRANKHEITEN?

Asthma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche:
Blutdruck	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hoch ggf. Werte:
Diabetes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Herz- und Kreislaufstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Herzerkrankungen (Herzklappen, Herzinfarkt etc.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	ggf. wann:
Rheuma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	ggf. wann:
Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS etc.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche:
Neigen Sie zu Nachblutungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente, welche?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche:
Nehmen Sie laufend Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche:
Lungenerkrankung (TBC, Bronchitis)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schilddrüsenerkrankung (Überfunktion)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Entzündungen (Nasennebenhöhlenentzündung)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Nervenerkrankung (Epilepsie, psychische Erkrankung)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Leiden Sie an einer Krankheit, die hier nicht aufgeführt ist?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche:
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche Woche:

Rauchen Sie? nein ja, weniger als 10 Zigaretten am Tag ja, mehr als 10 Zigaretten am Tag

Sind Sie an hochwertiger, innovativer Zahnheilkunde interessiert?
(z. B.: Implantate, Keramikversorgung usw.) nein ja

Sind Sie an professioneller Zahnreinigung und Aufklärung über Zahnpflege interessiert?
(Entfernen von Zahnverfärbungen, Bleichen, ...) nein ja

Grund Ihres Besuches?

Besondere Wünsche und Erwartungen:

Für einen reibungslosen Praxisablauf – ohne längere Wartezeiten – ist es wichtig, dass Sie Ihre Termine genau einhalten. Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, geben Sie uns bitte drei Tage vorher Bescheid. Bei versäumten Terminen müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr in Rechnung stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum und Unterschrift