



## HERZLICH WILLKOMMEN!

Für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus. Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen zu Ihren Angaben ergeben, informieren Sie uns bitte. Vielen Dank!

Ihr Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Name, Vorname der/des Versicherten, falls abweichend \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Name Ihres Hausarztes? \_\_\_\_\_

Name Ihres Hauszahnarztes/Überweisers? \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherungsstatus (**bitte ankreuzen!**)  pflichtversichert  freiwillig versichert  privat versichert  
 Beihilfe  Zusatzversicherung

### Bitte zutreffendes ankreuzen:

#### Allgemein:

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

Haben Sie einen Pflegegrad, wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_

Existieren Allergien gegen Medikamente/andere Stoffe? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

Rauchen Sie?  Ja  Nein

#### Erkrankungen:

Herzerkrankung  Ja  Nein Epilepsie  Ja  Nein

Herzschrittmacher  Ja  Nein Kopfschmerzen/Migräne  Ja  Nein

Bluthochdruck  Ja  Nein Diabetes  Ja  Nein

Niedriger Blutdruck  Ja  Nein Schilddrüsenüberfunktion  Ja  Nein

Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein Schilddrüsenunterfunktion  Ja  Nein

Asthma  Ja  Nein Tumorerkrankung  Ja  Nein

Magen-/Darmerkrankung  Ja  Nein HIV  Ja  Nein

Grauer Star?  Ja  Nein

Grüner Star?  Ja  Nein

Nierenerkrankung  Ja  Nein andere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Hepatitis A, B o. C  Ja  Nein

Rheuma  Ja  Nein

### Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach Zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_