

PERSÖNLICHE DATEN

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Beruf: _____ E-Mail: _____

Telefon privat: _____ Telefon mobil: _____

Zahnarzt/Überweiser: _____ Hausarzt: _____

Kieferorthopäde/in: _____ Wo sind Sie versichert? _____

Sind Sie Beihilfeberechtigte/r des öffentlichen Dienstes? _____ nein ja

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? _____ nein ja

Bei Minderjährigen – Erziehungsberechtigte Person:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ abweichende Adresse des Versicherten: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Überweisung Empfehlung Türschild Internet

GESUNDHEITLICHE RISIKEN UND ERKRANKUNGEN

Sind bei Ihnen in den letzten Jahren Röntgenuntersuchungen/Strahlentherapien durchgeführt worden? nein ja
Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien? nein ja
Wenn ja, welche?

Liegt eine Unverträglichkeit von Lokalanästhetika oder Konservierungsmitteln vor? nein ja
Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter Erkrankungen der Atemwege/Lunge (z.B. Asthma)? nein ja
Wenn ja, welche?

Leiden sie an Herz/Kreislaufkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen, Stenteinlage)? nein ja
Wenn ja, welche?

Liegt ein Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) vor? nein ja

Haben Sie Gerinnungsstörungen? nein ja
Wenn ja, welche?

Liegen Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose) vor? nein ja
Wenn ja, welche?

Leiden oder litten Sie unter einer Krebserkrankung? nein ja
Wenn ja, welche?

Leiden sie an Erkrankungen von Magen/Darm/Leber/Nieren? nein ja
Wenn ja, welche?

Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor? nein ja
Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? nein ja
Wenn ja, wieviel?

Sind Sie schon mal operiert worden? nein ja
Wenn ja, wann und woran?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (v.a. Blutverdünner, ASS, Marcumar, Xarelto, Plavix, Clexane, Heparin) nein ja
Wenn ja, welche?

Liegt eine Schwangerschaft vor? nein ja

Sonstige wichtige Informationen: _____

Die vorangegangenen Fragen habe ich nach bestem Gewissen beantwortet.

Bergisch Gladbach, den _____

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Betreuer

Unterschreibt bei minderjährigen Patienten ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das alleinige Sorgerecht zusteht oder er mit dem Einverständnis des anderen Elternteils handelt. Bei betreuten Personen wird der Betreuungsvertrag vorgelegt.