

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie in unserer Praxis herzlich willkommen heißen. Damit wir Sie optimal auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt behandeln können, brauchen wir vorab einige Informationen von Ihnen. Wir sind gerne bereit, Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens behilflich zu sein.

Patient: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ehegatte

versichert mit: \_\_\_\_\_  Mutter / Vater Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Tel. Arbeit: \_\_\_\_\_

Empfohlen durch: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

regelmäßige Arztbesuche? Ja  Nein

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Leiden Sie an</b>		
- Herz- Kreislauferkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- erhöhte Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Allergien? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Allergieausweis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ohnmachtsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tumorerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal eine Operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: wann, was wurde operiert?		
Haben Sie künstliche Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Stents/Herzklappenersatz/Herzfehler/Herzschrittmacher/Herzpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann?		
<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		

Bitte wenden

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Bekommen Sie regelmäßig beim Arzt Injektionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nur für Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hatten Sie jemals Unverträglichkeitsreaktionen auf</b>		
- Spritzen beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Medikamente (z.B. Penicillin, Jod)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zahnärztliche Materialien (z.B. Kunststoffe, Amalgam)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dürfen wir Sie informieren über</b>		
- Professionelle Dentalhygiene (Zahnreinigung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zahnfleischbehandlung mit Laser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ästhetisch anspruchsvolle Versorgungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Reinigung verfärbter bzw. Aufhellung dunkler Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Unseren Benachrichtigungsservice, der Sie an fällige Kontrolltermine erinnert ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten anonymisiert für wissenschaftliche Zwecke und Veröffentlichungen genutzt werden dürfen.

Ingolstadt, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)