



## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.  
Bitte füllen Sie den Fragbogen sorgfältig aus und bringen ihn zur ersten Behandlung mit!

### Patientendaten

Name des Patienten: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

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

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert: ja [ ] nein [ ]  
Freiwillig versichert: ja [ ] nein [ ]  
Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ja [ ] nein [ ]  
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? ja [ ] nein [ ]

Bei einer Privatversicherung angeben:

Standardtarif? ja [ ] nein [ ]  
Basistarif? ja [ ] nein [ ]  
Studentisch versichert? ja [ ] nein [ ]  
Studentisch versichert? ja [ ] nein [ ]  
Beihilfeberechtigt? ja [ ] nein [ ]

Telefon: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
Telefon Büro: \_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_

### Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? \_\_\_\_\_  
Versicherter: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge,  
um erneute Krankheiten zu vermeiden? ja [ ] nein [ ]  
Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorge-  
Termin erinnert werden? [ ] **schriftlich**

## Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

Nehmen Sie zurzeit Drogen zu sich? ja [ ] nein [ ]  
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?

---

Haben Sie jemals Bisphosphonate einnehmen müssen (Krebs- oder Osteoporosetherapie)?

ja [ ] nein [ ]

Trinken Sie häufig Alkohol?

ja [ ] nein [ ]

Allergien, wenn ja, welche?

---

Bluten Sie leicht und lange, wenn Sie sich verletzt haben? ja [ ] nein [ ]

Rheuma? ja [ ] nein [ ]

Epilepsie? ja [ ] nein [ ]

Tuberkulose? ja [ ] nein [ ]

Lebererkrankung (Hepatitis) ja [ ] nein [ ]

Immunschwäche oder Aids? ja [ ] nein [ ]

Nierenerkrankung? ja [ ] nein [ ]

Herzschrittmacher? ja [ ] nein [ ]

Schilddrüsenerkrankung? ja [ ] nein [ ]

Andere wichtige Erkrankungen

---

Leiden Sie an Herz- oder Kreislaufbeschwerden? Welche?

---

Ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich? ja [ ] nein [ ]

Diabetes? ja [ ] nein [ ]

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, voraussichtlicher Entbindungstermin:

---

Wer ist Ihr Hausarzt?

---

Bisheriger Zahnarzt:

---

Bitte halten Sie Ihre elektronische Gesundheitskarte bei jedem Besuch in der Zahnarztpraxis bereit.  
Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient.

Datum

Unterschrift