

Patient (Name, Vorname):	geb.:
Mitglied (Name, Vorname):	geb.:
Krankenkasse:	Beruf:
Adresse:	Tel.:
Arbeitgeber.:	

Für Ihre Behandlung benötigen wir folgende Angaben:

Leiden Sie an:	ja	nein	welche
Herz- und Kreislaufbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Bluterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Erkrankungen des Nervensystems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sind Sie in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?			_____
Wie alt ist ggf. Ihr Zahnersatz?			_____
Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?			_____
Sind Sie zusatzversichert?			_____

_____ Datum/Unterschrift

Wünschen Sie Aufklärung über **ja** **nein**

Kieferorthopädie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implantate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bleaching?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prophylaxe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Möchten Sie am Recall teilnehmen?

Wie sind Sie auf uns gekommen?

Branchenbuch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden wir empfohlen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> von wem? _____