



Damit wir Sie Ihren Wünschen entsprechend und sicher beraten und behandeln können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

PATIENT

Vorname, Nachname

Anschrift

geb. am

Telefon

Name des Versicherten

KRANKENKASSE, KOSTENTRÄGER

privat versichert

zusatzversichert

Anspruch auf Beihilfe

gesetzlich versichert

Name der Versicherung

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Hausarzt

Zahnarzt

SCHWANGERSCHAFT

ja

nein

Wenn ja, in welchem Monat?

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE REGELMÄSSIG EIN

BESTEHT BEI IHNEN DER VERDACHT EINER ÜBEREMPFLINDLICHKEIT?

Wenn ja, gegen welche Materialien oder Medikamente

Hatten Sie Reaktionen auf Spritzen beim Zahnarzt ja nein

Besitzen Sie einen Allergiepass ja nein

ERKRANKUNGEN

Herzerkrankungen ja nein

Zu hoher Blutdruck ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Magen-Darmerkrankungen ja nein

Schilddrüsenerkrankungen ja nein

Epileptische Anfälle ja nein

Bluterkrankungen ja nein

Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV, Tuberkulose) ja nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc. ja nein

Sonstige Erkrankungen (Niere, Darm, Grauer Star) ja nein

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Datum

Unterschrift