



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**

---

Nachname, Vorname

---

Anschrift

---

E-Mail-Adresse

---

Geburtsdatum

Telefon

---

Name des Hauptversicherten und Geburtsdatum (Mutter/Vater/Ehepartner)

**KRANKENKASSE, KOSTENTRÄGER**

gesetzlich versichert

zusatzversichert

privat 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 ÜBEREMPFINDLICHKEIT?

Wenn ja, gegen welche Materialien oder Medikamente?

---

Besitzen Sie einen Allergiepass?

ja  nein

## ERKRANKUNGEN

Herzerkrankungen, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein

Zu hoher Blutdruck  ja  nein

Zuckerkrankheit (Diabetes)  ja  nein

Magen-Darm-Erkrankungen, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein

Schilddrüsenerkrankungen  ja  nein

Epileptische Anfälle  ja  nein

Bluterkrankungen, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein

Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV, Tuberkulose), welche? \_\_\_\_\_  ja  nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein

Sonstige Erkrankungen, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein

Krebserkrankungen, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein

Einnahme von Bisphosphonaten  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