



Name		Vorname		Geburtsdatum	
Strasse			PLZ	Ort	
Telefon privat		Telefon mobil		Telefon geschäftlich	
e-mail			Heimatort		Nationalität
Eltern / gesetzliche Vertreter			Eltern / gesetzliche Vertreter Adresse		
Beruf			Arbeitgeber		
Krankenkasse/Versicherung (Filiale)			Unfallversicherung (Filiale)		
Versichertennummer (Krankenkasse)			Versichertennummer (Unfallvers.)		
Patientennummer (intern)			Empfohlen/überwiesen durch		

Notizen

Bitte Seite wenden →

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Sind Sie blutverdünnt (antikoaguliert)?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Neigen Sie zu langem Bluten?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (HIV, Tbc)?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Sind Sie zurzeit in medizinischer Behandlung?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Haben Sie irgendwelche Allergien? (Penicillin, Asthma, Heuschnupfen etc.)	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Herz- oder Kreislauferkrankungen	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Bluthoch- bzw. Tiefdruck?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Leber- oder Nierenerkrankungen	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Magen- oder Darmerkrankungen	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Haben oder hatten Sie jemals Gelbsucht (Hepatitis)?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Sind Sie zuckerkrank (Diabetiker)?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Epilepsie (Fallsucht)?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wurden Sie jemals im Kopf-Hals-Bereich therapeutisch bestrahlt?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Leiden Sie an einer anderen Erkrankung?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Sind Sie zurzeit schwanger?	
Name Hausarzt		Adresse Hausarzt	Telefon Hausarzt

Der Unterzeichnete erklärt sich damit einverstanden, dass Fakturierung und Inkasso des zahnärztlichen Honorars (auch für zukünftige Behandlungen) durch Dritte erfolgen kann. Die hierfür erforderlichen Daten dürfen weitergegeben werden.

Ort und Datum	Unterschrift
---------------	--------------