

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße Beruf

PLZ/Ort Hausarzt

für Terminänderungen bitte immer angeben:

Telefon privat tagsüber/dienstlich:

Wie sind Sie versichert? ___ selbst oder über bitte Name, Vorname, Adresse u. Telefon wenn abweichend:

..... Geburtsdatum.....

Krankenkasse

- freiwillig versichert beihilfeberechtigt Zahn-Zusatzversicherung

Für Ihre Behandlung ist es wichtig, daß Sie uns die folgenden Fragen wahrheitsgemäß beantworten. (Alle Daten sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGb)

Leiden Sie unter oder hatten Sie folgenden Krankheiten:

- Herz-oder Kreislaufbeschwerden Arythmien Bluthochdruck Infarkt Schlaganfall
Angina Pectoris Herz-Klappendefekt Herzklappen-OP Bypass Herzschrittmacher
Blutungsneigung, Gerinnungsstörung nehmen Sie Marcumar?
Bluttransfusion, wenn ja, wann:
Drogenabhängigkeit
Infektionskrankheiten, Verdacht auf Hepatitis, Gelbsucht TBC AIDS
Epilepsie Asthma Nierenerkrankung Schilddrüsenerkrankung
Augen: Glaukom, erhöhter Augeninnendruck
Diabetes mellitus Verdacht auf Osteoporose Bisphosphonate
Allergien auf (Medikamente, Metalle)
Nehmen Sie regelm. Medikamente ein?
Verdacht auf Osteoporose Bisphosphonate ?
bekommen Sie oder haben Sie regelmäßig Infusionen erhalten?
Wie würden Sie Ihre Kariesanfälligkeit beurteilen? überdurchschnittlich gering
Ich bin an moderner Prophylaxe interessiert (profess. Zahnreinigung, Versiegelung)
Entfernung von Raucher- und Teebelägen, Zahnaufhellung, Bleichung
Amalgamalternativen, Amalgam-Austausch
Implantatversorgung
Ich möchte kostenlos u. unverbindlich an regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden!

Hannover, den

Unterschrift