



Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen im Interesse Ihrer Gesundheit und Ihrer Behandlung sorgfältig aus; bei evtl. Fragen helfen wir Ihnen gerne. **Vielen Dank für Ihr Vertrauen.**

Patient:	Name	Vorname	Geburtsdatum	privat Telefon / Fax
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort:		beruflich Telefon:
Versicherter:	Name	Vorname	Geburtsdatum	Handy Nr.
Beruf	Arbeitgeber			eMail

Krankenkasse

Private Versicherung

Ich komme auf Empfehlung von:	Ihr Arzt oder Zahnarzt:
-------------------------------	--------------------------------

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Ober / Unterlidkorrekturen |
| <input type="checkbox"/> Chirurgische Zahnerhaltung mit ggf. Knochenaufbau | <input type="checkbox"/> Faltenbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Laserbehandlung | <input type="checkbox"/> Ohrenkorrekturen |
| <input type="checkbox"/> Kosmetisch/Ästhetische Gesichtskorrekturen | <input type="checkbox"/> Narbenkorrekturen |

Frühere Krankheiten:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Raucher, ca Zigaretten pro Tag | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft, Monat |
| <input type="checkbox"/> Herz- und Kreislauferkrankungen | <input type="checkbox"/> Atemnot, Asthma, Lungen-
erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, Aids) | <input type="checkbox"/> Zuckererkrankung (Diabetes) |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Magen- Darm- Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung (niedriger Blutdruck) | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Bluter (ASS, Marcumar, blutverdünnende Mittel) | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | |
| <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV / AIDS) | |
| <input type="checkbox"/> Allergien (Heuschnupfen), Überempfindlichkeiten ggf. Wogegen : _____ | |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? _____

Frühere Röntgenuntersuchungen? _____

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat!

Mir ist bekannt, daß ich nach einem operativem Eingriff kein Fahrzeug führen darf!

Behandlungstermine werden für Sie reserviert! Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie bitte spätestens 24 Stunden vorher ab!

Rechnungen werden über ein Rechenzentrum abgerechnet, dem jeweils nur die zur Rechnungserstellung notwendigen Daten übermittelt werden. Das Arztgeheimnis bleibt gewahrt! Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, die Einverständniserklärung zu unterschreiben.

Datum, Unterschrift: (ggf. des Personensorgeberechtigten)