

PERSÖNLICHE DATEN

Patient/-in

Herr / Frau / Kind

Name

Vorname

Anschrift

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Ort

Geburtsdatum

E-Mail Adresse

Telefon Privat

Telefon Geschäftlich

Telefon Mobil

Beruf

Arbeitgeber

Hauptversicherter

(bei Kindern Erziehungs-
berechtigte/-r)

Name

Vorname

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Ort

Geburtsdatum

Telefon Mobil

HAUSARZT

Name

Name

KOSTENTRÄGER

Krankenkasse oder
Versicherung

Name

Gesetzlich

Privat

Ich bin zuschuss-
berechtigt. (Sozialamt,
Versorgungsamt)

Ich bin nicht
versichert.

pfllichtversichert

Standardtarif

private Zusatzversicherung

Basistarif

freiwillig versichert

Kostenerstattung gewählt

Beihilfe

PERSÖNLICHE GESUNDHEITSANGABEN

Sind Sie Raucher?

☐	Nein	☐	Ja	☐	Wieviel
				☐	Tabak
				☐	E-Zigarette

Liegt bei Ihnen ein
Pflegegrad vor?

Bitte zutreffenden Pflegegrad
ankreuzen.

☐	Nein	☐	Ja	Anmerkungen									
				☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5

Haben Sie Allergien?

☐	Nein	☐	Ja	Anmerkungen			
				☐	Pollen (z.B. Heuschnupfen)	☐	Allergie gegen Kosmetika
				☐	Medikamentenallergie	☐	Nahrungsmittelallergie
				☐	Latexallergie	☐	Insektenstichallergie
				☐	Metallallergie	☐	Andere

Hinweis

Ein Foto Ihres Allergiepasses können Sie ggf. per E-Mail als Dateianhang mitsenden.

Haben Sie eine Blut-
gerinnungsstörung?

☐	Nein	☐	Ja	Anmerkungen
--------------------------	------	--------------------------	----	-------------

Haben Sie Diabetes?

☐	Nein	☐	Ja	Anmerkungen	
				☐	Typ 1
				☐	Typ 2

Erkrankungen der Atemwege?

☐	Nein	☐	Ja	Anmerkungen
--------------------------	------	--------------------------	----	-------------

Haben Sie Herz-Kreislauf-
Erkrankungen?

☐	Nein	☐	Ja	Anmerkungen
--------------------------	------	--------------------------	----	-------------

Haben Sie einen Herzklappen-
fehler/-ersatz?

☐	Nein	☐	Ja	Anmerkungen	
				☐	Ersatz

Leiden Sie an zu niedrigem
oder zu hohem Blutdruck?

☐	Nein	☐	Ja	Anmerkungen	
				☐	zu niedrig
				☐	zu hoch

Leiden Sie Leber-
erkrankungen?

Nein	Ja	Anmerkungen
	Fettleber	
	andere	

Leiden Sie an Nieren-
erkrankungen?

Nein	Ja	Anmerkungen
	Nur noch eine Niere	
	andere	

Haben Sie Osteoporose?

Nein	Ja	Anmerkungen
------	----	-------------

Haben Sie Schilddrüsen-
erkrankungen?

Nein	Ja	Anmerkungen
------	----	-------------

Haben oder hatten Sie
Tumorerkrankungen?

Nein	Ja	Anmerkungen
------	----	-------------

Nehmen Sie Medikamente
ein?

Nein	Ja	Anmerkungen
	Schmerzmittel	blutverdünnende Medikamente (z.B. Ass, Marcumar)
	Cortison	Bisphosphonate (z.B. Fosamax, Actonel), die den Knochenstoffwechsel beeinflussen
	Herzmedikamente	Andere Medikamente
	Antidepressiva	

Hinweis

Ein Foto Ihres Medikamentenpasses können Sie ggf. per E-Mail als Dateianhang mitsenden.

Haben Sie Infektions-
krankheiten?

Nein	Ja	Anmerkungen
	☐ HIV	
	Hepatitis	
	Tuberculose (Tbc)	

Leiden Sie an Zahnfleisch-
bluten?

Nein	Ja	Anmerkungen
------	----	-------------

Sind Sie schwanger?

Nein	Ja	Welche Woche?
------	----	---------------

Stillen Sie?

Nein	Ja	Anmerkungen
------	----	-------------

IN EIGENER SACHE

Wie sind Sie auf unsere
Zahnarztpraxis aufmerksam
geworden?

Empfehlung
Suchmaschine (z.B. Google)
Patientenbewertungsportal (z.B. Jameda)
Social Media (Facebook, Instagram)
Webseite
Werbung
Sonstiges

Anmerkungen

Was sollten wir von Ihnen
wissen?

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Patientin (*)

(*) Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von einem Elternteil einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.