

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir bitten Sie, uns zunächst einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben.  
Wenn Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, geben Sie diese bitte am Empfang ab.

**Patient**

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
PLZ   Wohnort	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>	E-Mail-Adresse	<input type="text"/>

**Versicherter** (gesetzlicher Vertreter o. abweichender Rechnungsempfänger)

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Hausarzt	<input type="text"/>		

**Bitte helfen Sie uns!**

Damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können, ist es wichtig, dass Sie alle Fragen gewissenhaft beantworten. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der Schweigepflicht, an die wir – das ganze Team – gebunden sind.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

**Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an ...**

Herz oder Kreislauf (z. B. hoher Blutdruck, Herzinfarkt, künstl. Herzklappen, Herzschrittmacher).....  ja  nein

Leber (z. B. Hepatitis B oder C, Gelbsucht) .....  ja  nein

**Benötigen Sie Endokarditisprophylaxe?** .....  ja  nein

**Haben oder hatten Sie jemals ...**

Blutgerinnungsstörungen .....  ja  nein

Allergien (Welche?) .....  ja  nein

AIDS oder sind Sie HIV-positiv .....  ja  nein

Überempfindlichkeit gegen Medikamente (Welche?) .....  ja  nein

Diabetes (Zucker) .....  ja  nein

TBC (Tuberkulose) .....  ja  nein

Leiden Sie an einer anderen Erkrankung? (Welcher?) .....  ja  nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? (Bei welchem Arzt?) .....  ja  nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? (Welche?) .....  ja  nein

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopfbereich geröntgt? (Röntgenpass?) .....  ja  nein

Sind Sie schwanger? (In welchem Monat?) .....  ja  nein

**Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?** .....  ja  nein

Datum | Unterschrift

**Wichtiger Hinweis!**

Nach Verabreichung von Medikamenten (z. B. Lokalanästhesie) kann die Fähigkeit zur Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt sein.